



PROBLEMATIKA MOČOVÉ INKONTINENCE U ŽEN

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství

Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra

Autor práce: **Ilona Hofmanová**

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková





TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC

Institute of Health Studies



URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

**Bachelor
thesis**

Study programme: B5341 – Nursing

Study branch: 5341R009 – General Nurse

Author: **Ilona Hofmanová**

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ilona Hofmanová**
Osobní číslo: **Z10000138**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Problematika močové inkontinence u žen**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

Zmapovat informovanost žen s močovou inkontinencí. Zmapovat potřeby edukace u žen s močovou inkontinencí. Vytvořit edukační plán a zmapovat význam edukačního plánu.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

Inkontinence moči představuje závažný zdravotní, sociální a hygienický problém v životě žen a zhoršuje kvalitu jejich života. Jedná se o stav vůlí neovladatelného úniku moči. Hlavními překážkami při vyhledání odborníka jsou stud, nedostatečná informovanost a neznalost problému. Naším cílem bude zmapovat informovanost žen s močovou inkontinencí a vytvoření edukačního plánu.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že ženy s močovou inkontinencí nemají ucelené informace o dané problematice.
2. Domníváme se, že je v rámci edukace nutné zaměřit se na režimová opatření u žen s močovou inkontinencí.
3. Domníváme se, že ženy s močovou inkontinencí odkládají vyhledání odborné pomoci.
4. Předpokládáme, že více než polovina respondentek potvrdí efektivitu edukačního plánu.

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Dotazník a rozhovor. Výsledky studie budou zpracovány pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2007. Text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2007.

Místo a čas realizace výzkumu:


Výzkum se uskuteční v měsících listopad 2014 až únor 2015. Místem realizace bude urologická ambulance Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

Vzorek: 65 respondentek


Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Froňková
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 22. září 2014
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2015


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 31. ledna 2015

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. FEYEREISL, J., ZMRHAL, J. a BABIČKOVÁ, M. 2007. Gymnastika svalů pánevního dna. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007
2. FRIEDLOVÁ, K. 2012. Ošetrovatelský proces u klientů s těžkou formou inkontinence. Ošetrovatelská péče. Roč. 3., č. 2, ISSN 2336-1603
3. GIBLO, VĽ., LOUDA, M. a PACOVSKÝ, J. 2011. Porovnání chirurgické a farmakologické léčby inkontinence. místo neznámé : Urologie pro praxi, 2011. ISSN 1213-1768
4. HALAŠKA, M. a kol. Urogynekologie. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2
5. HOŘČIČKA, L. a kol. Konzervativní terapie ženské močové inkontinence. Časopis lékařů českých. 2005. č. 3. 152 s. ISSN 1803-6597
6. HORČIČKA, L. 2013. Inkontinenční absorpční prostředky. Interní medicína pro praxi [online]. Roč. 15., č.1,ISSN-1803-5256. [cit.2014-08-16]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/01/09.pdf>
7. CHMEL, R. Ženská močová inkontinence-nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010.ISBN 978-80-204-2279-8
8. KAWACIUK, I. Urologie. 1. yyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-627-7
9. KOLOMBO, I. a kol. Stresová inkontinence u žen. Urologie pro praxi. 2008, roč. 9, č. 6. ISSN 1213-1768
10. KRAHULEC, Pavel.zdravi.e15.cz. [Online] [Citace: 18. 10 2013.] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/rehabilitace-svalu-panevniho-dna-155223>
11. MARTAN, A. a kol. 2006. Inkontinence moči u žen. 2.rozš.vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-094-1.
12. MAŠATA, J. 2010. Urogynekologické obtíže u žen. Pacientské listy [online]. Roč. 59., č. 17. ISSN 1214-7664. [cit.2014-08-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/priloha-pacientske-listy/articles>
13. MORGENSTERNOVÁ, J. 2012. Inkontinence moči u žen: Konzervativní léčba. Diagnóza v ošetrovatelství. Roč. VIII., č. 3, ISSN 1801-1349
14. ROMANČÍK, M. Inkontinencia moči u žien-jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2009. 149 s. ISBN 978-80-89171-61-3
15. VESELSKÝ, Z. 2007. Vybrané kapitoly z urologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-86087-61-0
16. ZACHOVAL, R. 2012. Poruchy kontinence. Interaktivní urologie [online].[cit.2014-08-16]. Dostupné z: http://old.cus.cz/img/docs/internet/kapitoly/3stupen/obecna_urologie3/kontinence3.h
17. ZÁMEČNÍK, L, MACEK, P. 2012. Moderní farmakoterapie v urologii. Praha: Maxdorf, s.r.o. ISBN 978-80-7345-276-6

Studentka
Ilona HOFMANOVÁ
Z10000128
Havlíčková 884
293 01 MLADÁ BOLESLAV

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

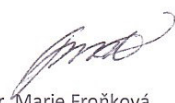
V Liberci dne 26. září 2014
č.j.: 14/8515/037132-02

Vyjádření k žádosti o změnu tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 24. 9. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/037132-01, Vám sděluji, že **souhlasím** se změnou tématu na „Problematika močové inkontinence u žen“ pod mým vedením a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30. 6. 2015.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec I



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 20. 6. 2015

Podpis: Kofmanová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Marii Froňkové, za odborné vedení, trpělivost a především za cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji prim. MUDr. Richardu Pabištovi, MUDr. Martině Poršové a MUDr. Barboře Nechanské za cenné rady a pomoc při výzkumu. Děkuji své rodině za podporu, toleranci a pomoc, kterou mi projevovali po celou dobu mého studia.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Ilona Hofmanová

Institute: Technická univerzita v Liberci

Název práce: Problematika močové inkontinence u žen

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Počet stran: 156

Počet příloh: 12

Rok obhajoby: 2015

Souhrn: Předmětem této bakalářské práce je problematika močové inkontinence u žen. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část je zaměřena na anatomii a fyziologii dolních cest močových, dále poukazuje na problematiku močové inkontinence, včetně diagnostiky, léčby a prevence. Poslední součástí teoretické části je terminologie edukace. Praktická část je zaměřena na edukaci žen s močovou inkontinencí. Na základě dotazníkového šetření, byla analyzována informovanost žen s močovou inkontinencí a reálná situace v péči o ně. Následně byl vytvořen edukační plán, který byl předán respondentkám dotazníkového šetření. Ženy byly po určité době osloveny za účelem zmapování významu edukačního plánu. Touto prací bylo objektivně nahlédnuto na problematiku ženské močové inkontinence a edukační plán byl respondentkami vyhodnocen jako prospěšná pomůcka v boji s tímto problémem.

Klíčová slova:

Anatomie dolních cest močových, fyziologie dolních cest močových, močová inkontinence, edukace

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Ilona Hofmanová
Institution: Technical University Liberec
Title: Urinary incontinence in women
Supervisor: Mgr. Marie Froňková
Pages: 156
Apendix: 12
Year: 2015

Summary: The issue of this thesis is urinary incontinence in women. The theoretical part focuses on the anatomy and physiology of the lower urinary tract and further highlights the problem of urinary incontinence, including its diagnosis, treatment and prevention. The terminology of education concludes the theoretical part. The practical part is focused on the education of women with urinary incontinence. The level of awareness of the women with urinary incontinence and the objective care for them was analysed by means of a questionnaire survey. An educational plan was eventually created that was distributed among the responders of the survey. The responders were approached after some time so that the relevance of the educational plan be evaluated. In this thesis the subject of female incontinence was referred objectively and the educational plan was regarded by the responders to be a beneficial tool in combating this problem.

Keywords:

Anatomy of the lower urinary tract, physiology of the lower urinary tract, urinary incontinence, education.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aj.	a jiný, a jiní, a jinak
apod.	a podobně
atd	a tak dále
CMP	cévní mozková příhoda
CT	Computed Tomography
č.	číslo
ČIK	čistá intermitentní katetrizace
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
EMG	elektromyografie
Hz	Hertz
Ch.	Charrierova stupnice
ICIQ-UISF	International Consultation on Urinary Incontinence Questionnaire – Short Form
ICN	International Continence Society
IMC	infekce močových cest
ISD	Intrinsic Sfincter Deficiency
m.	musculus
mA	miliampér
max.	maximálně
ml	mililitr
MM	močový měchýř

mm	milimetr
MR, MRI	magnetická resonance
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	například
OAB	overactive bladder
PMK	permanentní močový katetr
RS	roztroušená skleróza
řec.	řecky
TBC	tuberkulóza
tj.	to jest
TOT	Transobturatorní tahuprostá páska
tzv.	takzvaný
WC	toaleta

OBSAH PRÁCE

ÚVOD	15
1 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ÚVOD	16
1.1 MOČOVÉ CESTY	16
1.2 PÁNEVNÍ DNO	16
1.3 FYZIOLOGIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST	17
2 MOČOVÁ INKONTINENCE	18
2.1 KLASIFIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE	18
2.1.1 STRESOVÁ INKONTINENCE	19
2.1.2 URGENTNÍ INKONTINENCE	19
2.1.3 REFLEXNÍ INKONTINENCE	20
2.1.4 PARADOXNÍ INKONTINENCE	20
2.2 PŘÍČINY MOČOVÉ INKONTINENCE	21
2.3 EPIDEMIOLOGIE MOČOVÉ INKONTINENCE	21
3 VYŠETŘOVACÍ METODY MOČOVÉ INKONTINENCE	22
3.1 ANAMNÉZA	22
3.2 DOTAZNÍKY A MIKČNÍ DENÍK	23
3.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	23
3.4 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	24
3.5 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ	24
3.6 ZOBRAZOVACÍ METODY	24
3.7 URODYNAMICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY	24
4 LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE	25
4.1 KONZERVATIVNÍ A OPERAČNÍ LÉČBA	25
5 ZDRAVOTNICKÉ POMŮCKY	26
5.1 PROTETICKÉ POMŮCKY	26
5.2 ABSORPČNÍ POMŮCKY	27
6 EDUKACE	28
6.1 EDUKACE PACIENTKY S MOČOVOU INKONTINENCÍ	29
7 VÝZKUMNÁ ČÁST	32
7.1 CÍLE VÝZKUMU	32

7.2	VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY	32
8	METODIKA VÝZKUMU	33
8.1	POUŽITÉ METODY	33
8.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	33
8.3	METODIKA PRÁCE.....	33
8.4	ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	34
8.5	VYHODNOCENÍ PŘEDPOKLADŮ	59
8.6	DISKUZE.....	61
8.7	NÁVRH OPATŘENÍ.....	69
8.8	ZÁVĚR	70
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
10	SEZNAM TABULEK.....	77
11	SEZNAM GRAFŮ.....	78
12	SEZNAM PŘÍLOH.....	79
	Příloha č. 1: Dotazník.....	80
	Příloha č. 2: Faktory ovlivňující močovou inkontinenci.....	86
	Příloha č. 3: Fyzikální vyšetření a klinické testy	88
	Příloha č. 4: Endoskopické vyšetřovací metody – kalibrace močové trubice a ureterocystoskopie.....	89
	Příloha č. 5: Zobrazovací vyšetřovací metody- diagnostika močové inkontinence	90
	Příloha č. 6: Problematika urodynamického vyšetření.....	92
	Příloha č. 7: Konzervativní léčba inkontinence moči	94
	Příloha č. 8: Operační léčba močové inkontinence.....	100
	Příloha č. 9: Přehled absorpčních pomůcek	102
	Příloha č. 10: Pomůcky zajišťující trvalou derivaci moči.....	105
	Příloha č. 11: Dotazník I-QoL a pitná a mikční karta	110
	Příloha č. 12: Brožura – Nestyďte se řešit únik moči	117

ÚVOD

Inkontinence moči postihuje celosvětově jednu třetinu až jednu polovinu ženské populace. Definujeme ji jako poruchu udržení moči nebo stav prokazatelného mimovolného úniku moči. Tento velmi nepříjemný symptom představuje závažné zdravotní, psychologické, sociální a hygienické problémy. (16).

Primárním faktorem, který sociálně izoluje inkontinentní ženu od kvalitního života, je strach. Strach vyplývá z nekontrolovatelného úniku moči, který negativně ovlivňuje život ženy a ta přestává naplňovat své záliby a omezuje se v mnoha společenských i intimních aktivitách. Není-li tento problém řešen, přináší řadu komplikací a zhoršuje kvalitu života a může vyústit až ve společenskou diskvalifikaci, uzavření se před okolím a pocity méněcennosti, což neomezuje jen postiženou ženu, ale i její blízké okolí. Vzhledem k charakteru obtíží zůstává inkontinence více či méně tabuizovaným tématem, o kterém se obávají mluvit nejen pacienti, ale i někteří lékaři. Nedostatek informací, neznalost problému a špatná komunikace mezi lékařem a pacientkou mohou zapříčinit stydlivost žen, které pak oddalují svěření se s daným symptomem, tudíž i jeho odborné řešení. V mnoha případech volí ženy z různých důvodů neadekvátní samoléčbu. K lékaři přichází již s pokročilým stupněm inkontinence, jejíž léčba je medicínsky i finančně mnohem náročnější.

Ve své praxi se setkávám s inkontinentními pacientkami, které očekávají nejen orientovanost v dané problematice, ale i schopnost informovat a být jim nápomocna při řešení tohoto problému. Kvalitní edukace a využití vhodných edukačních materiálů může ženám pomoci nejen v pochopení problematiky inkontinence, ale i nabídnout různé možnosti absorpčních pomůcek, gymnastiky pánevního dna a rehabilitace, která je neodmyslitelnou součástí terapie a prevence úniku moči. Proto jsme jako výstup z této bakalářské práce zvolili vytvoření edukačního materiálu, který by měl pomoci ženám v boji s únikem moči.

1 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ÚVOD

1.1 MOČOVÉ CESTY

Močová soustava se skládá z ledvin a odvodných cest močových. Ledviny jsou pro život nepostradatelným orgánem. Zajišťují tvorbu moči, vylučování toxických látek a metabolitů, podílejí se na regulaci acidobazické rovnováhy i na udržování homeostázy v organismu. (2)

Močový měchýř je dutý svalový orgán sloužící jako rezervoár moči před jejím vyprázdněním. Je uložen v malé pánvi za symfýzou. Jeho fyziologická kapacita, tedy náplň, při které se dostavuje nucení na mikci, je zhruba 250-300 ml, pojme však 500-700 ml. Močový měchýř ženy je větší a kaudálně širší než u muže. Svalovina močového měchýře se nazývá detruzor a představuje vypuzovací systém. Močová trubice je konečnou částí odvodných cest močových. Morfologicky i funkčně je orgánem pohlavně dimorfním. Ženská močová trubice probíhá v malé pánvi, je rovná, krátká 3-4 cm a její průsvit 7-8 mm je rovnoměrný. Začíná svým vnitřním ústím přibližně v úrovni středu symfýzy a běží dopředu dolů pevně spojená s přední poševní stěnou zevně. Ústí ve vulvě před poševním vchodem. (3)

1.2 PÁNEVNÍ DNO

Pánevní dno tvoří diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Tyto příčně pruhované a vůlí ovladatelné svaly vyplňují vnitřní prostor pánve. Diaphragma pelvis je tvořena musculus levator ani (široký plochý sval složený z části kyčelní a pubické) a m. coccygeus (tenký sval probíhající od sedacího trnu k přednímu okraji kosti křížové). Diaphragma urogenitale je slabá trojúhelníková svalová destička uprostřed ramene kosti sedací a kosti stydké a je důležitou oblastí pro fixaci dělohy. Skládá se z m. transversus perinei profundus, m. transversus perinei superficialis, m. ischiocavernosus, m. bulbocavernosus a ligamenta pubourethraliae. Drobné svaly pánevního dna, z nichž nejdůležitějším svalem je m. levator ani, mají podpůrnou funkci. U žen podpírají močový měchýř, dělohu, konečník a napomáhají uzavírat svěrače okolo

konečníku a močové trubice. Tím brání úniku moči, stolice a plynů. Při oslabení těchto svalů dochází k posunu těchto orgánů, což může vést k narušení jejich funkce. (2, 4)

1.3 FYZIOLOGIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

Močový měchýř má dvě základní funkce – shromažďování a vypuzování moči. Tyto činnosti na sebe vzájemně navazují a jejich správná koordinace je kontrolována reflexními okruhy řízenými vegetativní nervovou soustavou. (4)

Moč z ledvin neustále přitéká cestou močovodů do močového měchýře, který je značně poddajný. Během fáze shromažďování moči se plní močový měchýř a jeho stěny se napínají a uzavírají ústí močovodů. Tím se předchází zpětnému toku moče do ledvin. Intravesikální tlak, tlak v močovém měchýři, je v době jímání nižší než tlak v odtokové části, v močové trubici. Vegetativní nervový systém (sympatická část) v této fázi relaxuje svalovinu m.detrusor a kontrahuje vnitřní svěrač močové trubice. (2, 10)

Změna shromažďující fáze na vypuzovací je pod kontrolou nepodmíněných a podmíněných reflexů asi od 3 – 4 let věku člověka. Při překročení určité náplně v močovém měchýři dochází k aktivaci parasympatické části vegetativního nervového systému a současně k inhibici sympatiku. Mikce začíná spuštěním tzv. mikčního reflexu, který je vyvolán podněty z močového měchýře (mechanoreceptory ve stěně močového měchýře), dojde k náhlé relaxaci svaloviny svěrače močové trubice, poklesu tlaku v močové trubici a vzestupu tlaku m. detrusor (vzestupu intravesikálního tlaku), otevře se hrdlo močového měchýře a močovou trubicí odtéká moč ven. Mikční reflex je pod kontrolou mozkové kůry, proto dokážeme potlačit silné nutkání na močení či samotný proces močení vůlí přerušit. (2, 10)

2 MOČOVÁ INKONTINENCE

Inkontinence moči je definována Mezinárodní společností pro kontinenci (ICN), jako stížnost na, jakýkoliv vůlí neovladatelný, únik moči, který je objektivně prokazatelný a působí sociální nebo hygienické problémy. Nejedná se o onemocnění v pravém slova smyslu, ale o příznak řady vrozených i získaných onemocnění, z nichž některá nemusí s močovým ústrojím souviset. (16)

2.1 KLASIFIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE

Močovou inkontinenci lze dělit podle příčin. Rozeznáváme dva základní druhy extrauretrální a uretrální inkontinenci moči. **Extrauretrální (nepravá, extraanatomická) inkontinence** je trvalý odtok moči jinými než přirozenými cestami. Vyskytuje se v získané i kongenitální podobě. Příkladem **získané** formy jsou patologické komunikace (píštěle) mezi pochvou a močovým měchýřem. Vznikají v důsledku operace, ozařování, při nádoru apod. **Vrozená** extrauretrální inkontinence vzniká v důsledku vrozených vývojových vad jako je extrofie močového měchýře, ektopický ureter. U dívek mohou z jedné ledviny vystupovat dva močovody, kdy jeden ústí do močového měchýře a druhý do pochvy, moč přitékající anomálním močovodem do pochvy pak odkapává do zevního prostředí. **Uretrální inkontinence** znamená, že moč uniká přirozenou cestou, tedy močovou trubicí. (23, 40)

„Uretrální inkontinenci lze dělit na:

- stresovou,
- urgentní,
- reflexní,
- paradoxní.“ (KAWACIUK, 2009, s. 78)

Stresová a urgentní inkontinence spadají do oboru urologie a urogynekologie. Vyskytují-li se obě formy u pacienta současně, hovoříme o inkontinenci **smíšené** (kombinované). Reflexní a paradoxní inkontinence spadají do oboru neurologie (25,35).

2.1.1 STRESOVÁ INKONTINENCE

Stresová inkontinence je samovolný únik moči při tzv. stresových manévrech. Jedná se o fyzické aktivity, při kterých dochází k náhlému zvýšení nitrobřišního tlaku, jako je kašel, kýchání, zvedání břemene, skákání, běh apod. Nitrobřišní tlak je pasivně přenášen na močový měchýř, následkem toho stoupá tlak i v močovém měchýři. Pokud tlak v měchýři převyší uzavírací tlak svěrače močové trubice, dojde k úniku moči. Obvykle unikne jen několik kapek nebo menší množství moči. (13, 27)

Stresová inkontinence je nejčastějším typem inkontinence moči u žen. Vzniká následkem zvýšené pohyblivosti hrdla močového měchýře a močové trubice při poklesu pánevního dna, po těhotenství, po porodech, po klimakteriu, při obezitě, při chronické zácpě nebo kašli nebo jako následek poškození a oslabení svěrače po radikálních operacích v malé pánvi. Stresovou inkontinenci lze klasifikovat dle stupně závažnosti podle Ingelmanové – Sundbergové. Tato klasifikace vychází z objektivního průkazu úniku moči a intenzity stresového podnětu. (13, 28)

„Klasifikace stresové inkontinence dle stupně závažnosti podle Ingelmanové – Sundbergové:

I. stupeň – moč uniká při silnějším stresovém podnětu po kapkách (kašel, kýchání, náhlé zvednutí těžkého břemene)

II. stupeň – moč uniká při méně intenzivním podnětu (běh, lehčí práce, chůze)

III. stupeň – větší množství moči uniká při minimálním pohybu (hlubší nádech), znamená nejtěžší poruchu“. (KOLOMBO, 2008, s. 103)

2.1.2 URGENTNÍ INKONTINENCE

Tento druh inkontinence je druhou nejčastější formou u žen. Je definována jako nechtěný odtok moči spojený s náhlým, vůlí neovladatelným nucením na močení, tzv. urgencí. K úniku dochází například cestou na toaletu, po probuzení nebo vlivem provokačních momentů, kterými může být zvuk tekoucí vody, dráždivá strava, sycené nápoje aj. Příčinou urgentní inkontinence mohou být buď zvýšená senzitivita receptorů ve stěně močového měchýře způsobená podrážděním například při zánětu, konkrementem či nádorem nebo samovolné stahy močového měchýře v době, kdy se plní přitékající močí. (18)

Lze se též setkat s termínem **hyperaktivní močový měchýř (OAB)**, který je od roku 2002 definován ICN jako soubor příznaků ukazující na možnou

porušenou funkci dolních močových cest s příznaky urgencye, častého nucení na močení ve dne (polakisurie) i v noci (nykturie). (16)

Syndrom je rozdělován na vlhký nebo suchý. Z toho vyplývá, že pokud klient trpí únikem moči, nazývá se syndromem vlhkého hyperaktivního močového měchýře a pokud klientovi moč neunikne, jedná se o syndrom suchého hyperaktivního močového měchýře. (23)

„Dle urodynamické klasifikace se rozlišují čtyři typy hyperaktivního močového měchýře:

1. typ – vyskytují se symptomy hyperaktivního močového měchýře, ale nejsou prokazatelné stahy detruzoru.

2. typ – jsou prokazatelné nechtěné kontrakce detruzoru, ale klient je schopný úniku moči zabránit a kontrakce přerušit.

3. typ - jsou nechtěné kontrakce detruzoru, klient je schopný momentálnímu úniku moči zabránit, ale nemůže přerušit kontrakce a při únavě může moč uniknout.

4. typ – jsou nechtěné kontrakce detruzoru a nemocný není schopen kontrakci a ani úniku moči zabránit.“ (VESELSKÝ, 2007, s. 106)

2.1.3 REFLEXNÍ INKONTINENCE

Reflexní (neurogenní) inkontinence je nechtěný únik moči vyvolaný abnormální reflexní aktivitou mikčního míšního centra. Z toho plyne, že při onemocnění nebo poškození centrálního nervového systému ztrácí pacient vědomou kontrolu nad centrem pro močení a močový měchýř se pak vyprazdňuje reflexně. K močení dochází bez předcházejícího pocitu nucení na močení, někdy se mohou objevit varovné vegetativní příznaky (např. pocení). (13, 16)

2.1.4 PARADOXNÍ INKONTINENCE

Paradoxní, neboli přebytková inkontinence (též overflow inkontinence, inkontinence z přetékání) je nechtěný únik moči, kdy tlak uvnitř močového měchýře převyší maximální tlak v močové trubici. Po určité době začne z přeplněného močového měchýře unikat, někdy jen ukapávat, malé množství moči. Chybí detruzorová aktivita a únik moči je způsoben pouze pasivním napětím stěny močového měchýře. (16, 23)

Přesto, že došlo k vymočení, zůstává v měchýři zbytková moč neboli chronické postmikční reziduum. Tento typ inkontinence není u žen častý (16, 35)

2.2 PŘÍČINY MOČOVÉ INKONTINENCE

Mezi příčiny močové inkontinence se řadí abnormality močového měchýře a abnormality svěrače. Abnormalitami svěrače mohou být nedostatečnost svěrače (ISD) nebo hypermobilita močové trubice. Abnormalitami močového měchýře mohou být jeho zvýšená aktivita, hyperreflexie detruzoru (vyvolaná nejčastěji neurologickou příčinou, např. CMP, Parkinsonovou chorobou, RS, nádorem mozku atd.), nebo instabilita detruzoru bez neurologické příčiny (např. po hysterektomii či jiné radikální operaci v pánvi, po radiační cystitida, dlouhodobě zavedený PMK, konkrement nebo nádor v MM, TBC–cystitis, aj.). (19, 32, 37)

Kromě příčin vyvolávajících močovou inkontinenci se na jejím vzniku podílí i řada rizikových faktorů, ke kterým patří: **dědičnost, pohlaví, rasa, anatomické, neurologické a svalové abnormality, těhotenství a porody, chirurgický zákrok a radioterapie v oblasti pánve, obezita, chronická zácpa, výživa a životní styl, chronický kašel a kouření, léky, infekce močových cest, neurologické onemocnění, věk, mentální postižení, komorbidita, zhoršená mobilita, vlivy prostředí.** Preventivní opatření spočívají ve zdravém životním stylu, dostatku pohybu a udržování ideální tělesné hmotnosti. Nezbytný je též poctivý přístup k léčbě akutních zánětů dolních cest močových i kompenzace chronických chorob s vlivem na inkontinenci (DM, astma, aj.). (16, 18, 21) (Příloha č. 2: Faktory ovlivňující močovou inkontinenci)

2.3 EPIDEMIOLOGIE MOČOVÉ INKONTINENCE

Podle odhadů WHO trpí únikem moči přibližně 5-8 % obyvatelstva všech světových států. Udává se, že každá žena alespoň jednou ve svém životě trpí samovolným únikem moči. Ve věku nad 50 let trpí nějakou formou úniku moče každá druhá až třetí žena. Převédeme-li statistiku do konkrétních údajů, trpí únikem moči v ČR na 700 tisíc lidí. Přibližně třetina z nich trpí stresovou inkontinencí, čtvrtina urgentní inkontinencí, zhruba čtvrtina inkontinencí smíšenou a zbylý počet ostatními formami úniku moči. Ve věku 15-64 let je postiženo únikem moči přibližně 15-30 % žen. Stresovou inkontinencí trpí asi 20 % žen ve věku okolo 45 let. Urgentním typem inkontinence je postiženo až 60 milionů Evropanů po 40. roce věku. (18, 21, 25)

3 VYŠETŘOVACÍ METODY MOČOVÉ INKONTINENCE

Cílem vyšetření pacienta s únikem moči je stanovení typu inkontinence, jejího stupně a vyloučení závažných onemocnění, která se mohou úniky moči projevovat (roztroušená skleróza, nádory močového měchýře, apod.). Stanovení správné diagnózy má zásadní význam pro zvolení nejvhodnější léčby. (26)

3.1 ANAMNÉZA

Vyšetření inkontinence začíná již v ambulanci praktického lékaře, urologa nebo gynekologa rozhovorem a cílenými dotazy – anamnézou (z řec. rozvzpomínání, vzpomnutí). Anamnéza nám neposkytne konečnou diagnózu, ale cenné informace o předešlém životě nemocného, které jsou podstatné pro hodnocení jeho aktuálního zdravotního stavu. Podstatu anamnézy dobře vystihuje český ekvivalent předchorobí. Odběr anamnézy může být prováděn lékařem i sestrou. Nezbytné je postupovat chronologicky, důsledně zaznamenávat získané údaje, jednat taktně a zajistit soukromí i dostatek času (14, 26, 33)

Zjišťují se veškeré informace týkající se močení (jak často, jak velké množství moči uniká, za jaké situace k úniku dochází) a dalších příznaků jako je bolest při močení, krev v moči, opakované močové infekce a nutnost užívání absorpčních pomůcek (jaké a kolik). Důležitou informací je délka trvání obtíží, zájem pacienta na vyšetření a léčbě, vliv potíží na kvalitu jeho života. Během odběru osobní anamnézy, která je zaměřena na vrozené vady, na prodělané choroby a operace včetně úrazů v možném vztahu k močovému ústrojí, se lékař dotazuje na přidružená onemocnění – neurologická, endokrinní, interní. Součástí je též farmakologická anamnéza i dotaz na abúzus. Při zjišťování rodinné anamnézy se zjišťují dědičná onemocnění a choroby, u kterých lze předpokládat rodinnou dispozici. V oblasti gynekologické a porodnické se zjišťují údaje o počtu a průběhu předchozích těhotenství, o porodech, o způsobu jejich vedení a případných komplikacích, o porodní hmotnosti novorozence, o menopauze, o gynekologických operacích, o radioterapii pro gynekologické nádorové onemocnění. Součástí mohou být i dotazy na sexuální život pacientky. (14, 16, 33)

3.2 DOTAZNÍKY A MIKČNÍ DENÍK

Anamnézu je vhodné doplnit dotazníkovým šetřením a / nebo vedením mikčního deníku (Příloha č. 11: Dotazník I-QoL a pitná a mikční karta). Užívají se cílené dotazníky, které pomáhají určit typ (dotazník podle Gaudenze), stupeň inkontinence moči a slouží k posouzení efektivity léčby. V poslední době je kladen stále větší důraz na používání dotazníků, což standardizovaných nástrojů, které hodnotí vliv úniků moči na kvalitu života. Mezinárodní konzultace o inkontinenci moči připravila jednoduchý dotazník ICIQ-UISF. Obsahuje otázky týkající se frekvence, množství uniklé moči a jak tento fakt zasahuje do každodenního života. Druhou pomůckou bývají mikční deníky (též mikční karta/diář), kam klientky zapisují příjem tekutin a výdej moči za 24 hodin a doplňují ho záznamem epizod urgencye a inkontinence. Doba záznamu je obvykle 48 hodin. Je to velmi jednoduchý a neinvazivní způsob vyšetření. Důležité je pacienta důkladně poučit o způsobu vedení mikční karty, což je v kompetenci sestry. Vyplněná mikční karta umožňuje získat přehled o příjmu tekutin, především však sledujeme počet epizod močení, pomůčení se či pouhé nutkání k močení. Mikční karta tak velmi dobře objektivizuje stížnosti pacienta, slouží v diagnostice, posouzení efektu léčby i jako základ pro nácvik tréninku močového měchýře. (16, 33, 35)

3.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Fyzikální vyšetření zahrnuje celkové vyšetření (celkový stav, mobilita, spolupráce), gynekologické vyšetření a orientační neurologické vyšetření. Během fyzikálních vyšetření a klinických testů sestra asistuje lékaři, dbá na ochranu intimity klientky a vše důsledně zaznamenává do dokumentace. K objektivizaci a diagnostice inkontinence se používají některé speciální testy. (16) (Příloha č. 3: Fyzikální vyšetření a klinické testy)

3.4 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Základním laboratorním vyšetřením každé pacientky s únikem moči je biochemické a mikrobiologické vyšetření moče. Zaměřujeme se na hematurii, pyurii, bakteriurii, glykosurii nebo proteinurii. Jejich přítomnost je indikací k dalším diagnostickým postupům. V kompetenci sestry je provést odběr moči nebo jiného materiálu, řádně jej označit a spolu se správně vyplněnou žádankou transportovat na konkrétní pracoviště. (10, 33, 35)

3.5 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ

Endoskopické vyšetření močových cest nestojí při vyšetřování inkontinence v popředí, provádí se v případě podezření na přidružená onemocnění dolních močových cest vycházející z patologického nálezu při předcházejících vyšetřeních. (13) (Příloha č. 4: Endoskopické vyšetřovací metody – kalibrace močové trubice a ureterocystoskopie)

3.6 ZOBRAZOVACÍ METODY

Zobrazovací metody se snaží zachytit morfologické změny dolních močových cest a orgánů malé pánve, o kterých víme, že se při inkontinenci moči vyskytují a jsou důležité pro další diagnostický a léčebný postup. Nejčastěji se využívají MR, RTG a ultrasonografická vyšetření. Tyto metody byly nahrazeny urodynamickým vyšetřením. (14) (Příloha č. 5: Zobrazovací vyšetřovací metody - diagnostika močové inkontinence)

3.7 URODYNAMICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

Urodynamické vyšetření (Příloha č. 6: Problematika urodynamického vyšetření) je specializované urologické vyšetření, které slouží ke zhodnocení funkce dolních močových cest.

4 LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE

Důležitým aspektem léčby inkontinentního pacienta je mezioborová spolupráce. Na péči o tyto klienty se v rozsahu svých kompetencí podílejí lékaři, sestry a fyzioterapeuti z oboru urologie, gynekologie, neurologie, gerontologie, psychologie a psychiatrie. Samotná léčba úniku moči je dlouhodobá, odvíjí se dle konkrétního typu inkontinence a jejím cílem je zabránit nejen vzniku a rozvoji zdravotních problémů, ale především zlepšit kvalitu života inkontinencí postiženého člověka. K léčbě inkontinence se užívá široké spektrum metod od farmakoterapie přes fyzioterapii a elektrostimulaci až po různé operační techniky. Pokud nás k tomu nenutí závažnost obtíží či klinického nálezu, postupujeme při léčbě inkontinence vždy od metody pro pacienta nejméně zatěžující k metodě invazivnější. V případě, že léčba inkontinence selže, nebo ji není možno z různých důvodů uskutečnit (věk, celkový stav pacienta), používáme protetické pomůcky. (5, 21, 26, 35)

4.1 KONZERVATIVNÍ A OPERAČNÍ LÉČBA

Primárním bodem konzervativní léčby inkontinence je změna životního stylu, režimová a dietní opatření. Na toto pak navazuje posilování svalstva dna pánevního, případně elektrostimulace. Konzervativní terapie močové inkontinence vyžaduje především trpělivost, spolupráci a důslednost klientky, a ze strany odborníků komplexní individuální přístup. (11) (Příloha č. 7: Konzervativní léčba inkontinence moči)

K nejčastějším operačním metodám v léčbě močové inkontinence patří miniinvazivní zákroky TOT, TVT a závěsné suprapubické operace. (16) (Příloha č. 8 Operační léčba močové inkontinence)

5 ZDRAVOTNICKÉ POMŮCKY

Pomůcky pro inkontinentní pacientky dělíme na savé neboli absorpční, na sběrné, které zajišťují trvalou derivaci moči a na obstrukční neboli protetické. Jsou používány pouze v případech, kdy pacientku nelze léčit vhodnějším způsobem. Nevýhodou jejich užívání je vysoké procento výskytu infekcí močových cest, kožních afekcí a dalších hygienických problémů. (5, 8)

5.1 PROTETICKÉ POMŮCKY

Mezi protetické pomůcky patří okluzní pomůcky pro ženy a vaginální pesary. Jejich účelem je redukce či odstranění stresové inkontinence moči tím, že upravují porušené anatomické poměry urogenitálního traktu a/nebo zvyšují výtokový odpor močové trubice. Podpurné pesary jsou alternativou operační léčby u žen s poklesem nebo výhřezem rodidel, stavem, který bývá mnohdy doprovázen inkontinencí moči. Užívají se nejen u žen, které z různých důvodů nemohou podstoupit operační řešení, ale také u těch, které již absolvovaly opakovaně operace, a předpokládaného efektu nebylo docíleno anebo byl pouze přechodný. (1, 17)

Další skupinu tvoří ženy, které na plánovanou operaci čekají, a pomocí pesaru jim je usnadněn život před operací. Pesarů je vícero typů (kruhový, kostkový a uretrální) a efekt jejich působení je odlišný. Pacientka by tedy měla být po indikaci k pesaroterapii obeznámena s přesným vzhledem pesaru, jeho indikací a měla by být poučena o manipulaci, očištění, a pokud je to možné, i o lokální estriolové léčbě. Ideální je každodenní zavedení pesaru v ranních hodinách a extrakce před spaním tak, aby došlo k „odpočinku“ tkání, o které je pesar opřen. Estriol je možné aplikovat přímo na pesar, tj. potřít jej estriolovou masťou (Ovestin, OrthoGynest), nebo lze masť aplikovat dodatečně aplikátorem hluboko do pochvy. Pesary není nutné dezinfikovat, stačí je pouze omýt vlažnou mýdlovou vodou. (1, 25, 33)

Okluzní pomůcky jsou předměty zavedené do uretry nebo pochvy k zabránění nechtěnému úniku moči mechanickým uzávěrem uretry. Výběr pomůcek je velmi omezený, v naší zemi nejsou registrovány. Většinou jsou na jedno použití. (17)

5.2 ABSORPČNÍ POMŮCKY

V oblasti absorpčních pomůcek došlo k prudkému technologickému rozvoji, zejména díky vývoji tzv. superabsorbentů, materiálů na základě polymerů, které pojmu 5 – 7x více tekutiny než buničina. Na trhu se tak vyskytuje celá škála vložek, plen, kalhotek i podložek, které se liší nejen vzhledem, ale také kapacitou zadržené moči. Jejich účelem není zabránění samovolného úniku moči, ale zmírnění nepříjemných příznaků, které tento problém provázejí. Na rozdíl od menstruačních vložek mají tyto pomůcky speciální savé jádro, obsahující krystalky, které se při styku s močí promění v želatinu. Některé druhy savých pomůcek mají v krystalcích navíc přísadu, která ji zbaví charakteristického zápachu moči. K jejich používání se přistupuje u starších polymorbidních pacientek, u klientek ve vyšetřovacím procesu, dále v případech, kdy se čeká se na nástup účinku nasazené léčby nebo před plánovanými operačními zákroky. Také je volí ženy, které z různých důvodů nevyhledají odbornou pomoc, jako možnou, ale neúčinnou alternativu samoléčby. (1, 12, 17)

Správně zvolená absorpční pomůcka musí splňovat různá kritéria (pohlčení moči i pachu, prodyšnost, spolehlivost, pohodlnost, přizpůsobivost, diskretnost, snadná použitelnost) a zlepšit kvalitu života pacienta. Při výběru je třeba brát zřetel na stupeň močové inkontinence (Příloha č.9 Přehled absorpčních pomůcek). (1)

V ČR je možné zakoupit tyto pomůcky přímo v lékárně nebo mohou být předepsány na poukaz praktickými lékaři a specialisty (gynekolog, urolog). Nárok na předpis vzniká od 3 let věku pojištěnce při prokázané inkontinenci moči. (17)

Preskripce vložek a kalhotek je v České republice definována zákonem (zákon č. 48/1997 Sb.), ve kterém, vzhledem k úhradě savých pomůcek ze zdravotního pojištění, jsou stanovena maximální množství na časový interval. Pro potřeby preskripce je inkontinence rozdělena do tří stupňů podle množství uniklé moči na lehkou, střední a těžkou. Nejedná se o diagnózu, ale o stupeň finanční náročnosti na ošetřování a zajištění inkontinentního pacienta. Zákon počítá se spoluúčastí pacienta, neboť množství pomůcek na časové období není dostatečné a pacient si musí určité množství dokupovat. (21, 29, 37)

U pacientů, u kterých je nutná trvalá derivace moči se zavádí permanentní močový katetr nebo suprapubická epicystomie. (33) (Příloha č. 10: Pomůcky zajišťující trvalou derivaci moči)

6 EDUKACE

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, *educare* (vést vpřed, vychovávat) a lze ji definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, dovednostech, postojích a návycích. Probíhá již od dětství prostřednictvím výchovy v rodině i ve škole a hraje významnou úlohu i ve zdravotnictví, kde je edukace chápána jako výchova nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění. To věděla i Florence Nightingelová již v 19. století, která chápala nutnost výuky a dalšího vzdělávání a ve svých spisech edukovala o hygieně a péči o nemocné při jejich pobytu v nemocnicích a věděla, že informace týkající se zdraví nestačí pouze získat, ale také přimět pacienty k tomu, aby tyto osvojené znalosti uplatňovali i v běžném životě. (15, 22, 30)

Jednou z nejdůležitějších činností sestry a zároveň jeden z ukazatelů kvality péče je právě edukace. Má nejen výchovný, ale i psychologický význam a vede ke zlepšení vzájemné spolupráce. Edukační proces je chápán jako záměrně vytvořený dynamický vztah mezi edukujícím a edukantem a jeho cílem je předání nových informací, návyků a dovedností edukantovi, který je nejen pochopí, ale také umí použít. (15)

Důležitými pojmy edukačního procesu jsou edukátor (ten, kdo edukuje) a edukant (ten, kdo je edukován). Ve zdravotnictví bývá v roli edukanta pacient a v pozici edukátora nejčastěji lékař, sestra nebo například fyzioterapeut či jiná kompetentní osoba. Během samotného procesu je nezbytné dodržovat edukační předpisy a standardy. Edukační standard je závazná norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Jedná se o předem naplánovanou edukaci určenou pro klienta s konkrétním onemocněním. Běžně se setkáváme i s různými edukačními materiály, které napomáhají zvýšit kvalitu edukace. (15)

Na úspěšnost edukace má vliv mnoho aspektů ze strany vyučovaného, vyučujícího i z okolního prostředí. Ze strany pacienta ovlivňuje proces výuky například jeho pohlaví, věk, zaměstnání, vzdělání, motivace, kultura, hodnotový systém, koncept sebedůvěry, soběstačnost, tělesný a duševní stav, úroveň znalostí, jeho osobnost a charakterové volní vlastnosti, které se projeví postojem k učení (svědomitost, lenost, disciplinovanost, atd.) a podobně. Každý z těchto faktorů je velmi důležitý, protože ovlivňuje ochotu pacienta naslouchat a jeho schopnost vnímat a uplatnit předané informace. Neodmyslitelný vliv na proces edukace má též povaha onemocnění,

pro které je edukován. Snazší je edukovat člověka zdravého, neboť nemoc, bolest, únava, strach a neuspokojené potřeby proces učení znesnadňují. (22)

Také osobnost edukátora má neodmyslitelný vliv na úspěch edukace. Edukující pracovník musí mít odpovídající teoretické znalosti a praktické zkušenosti z příslušného oboru. Do edukace pacienta zahrnuje péči o celou osobnost člověka, nejen o jeho fyzickou stránku, ale akceptuje člověka jako svéprávnou a plně zodpovědnou bio-psycho-sociální jednotu a respektuje jeho individualitu. Dalšími vlastnostmi potřebnými pro úspěšnou edukaci jsou komunikační schopnosti (nejen verbální, ale neverbální - chování, tón hlasu, gesta i vizáž), profesionální vystupování, projevy zájmu, empatie, schopnost naslouchat a přístup k edukovanému. (30)

Ideální je takzvaný humanistický přístup, kdy je mezi oběma zúčastněnými partnerský vztah, vzájemně spolupracují a edukace není pouze monologem edukátora k edukovanému, ale i prostorem ke kladení otázek, vedení dialogu a aktivnímu naslouchání. Základní podmínkou je důvěra a motivace nemocného. Zatímco ostatní přístupy proces edukace znesnadňují. Paternalistický přístup je přístup, kdy je vyučující vůči pacientovi v dominantní pozici, ignoruje jeho potřeby a potlačuje vzájemnou spolupráci. Přístup konzumeristický je prosté předání potřebných informací. (15)

Edukovat lze slovně (rozhovor, diskuz, vysvětlení, přednáška, instruktáž) nebo názorně (ukázka konkrétního úkonu, využití názorných pomůcek, obrázku, modelů, video instruktáží). (36)

6.1 EDUKACE PACIENTKY S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Inkontinentní ženy se často stydí vyhledat pomoc a informace, jak svůj stav léčit. Jedním z postupů, jak těmto ženám pomoci, je edukace, při níž sestra aktivně zapojuje ženu do léčby. V první fázi edukačního procesu se sestra zabývá sběrem informací o pacientce, o charakteru inkontinence, o závažnosti močových obtíží, soustředí se na anamnézu a na základě získaných informací si stanoví edukační diagnózy (např. deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků, postojů, které je nutné blíže specifikovat). V souvislosti s inkontinencí vzniká i řada dalších ošetrovateľských diagnóz, které musí sestra řešit. V další fázi edukačního procesu sestra připravuje edukační plán, kdy stanovuje cíle edukace, volí metody, pomůcky a plánuje intervence. (22, 30, 38)

V rámci stanovení edukačních diagnóz je nutné specifikovat potřeby pacienta z pohledu rozsahu nedostatku jeho vědomostí. Většinou se řeší problém deficitu vědomostí, dovedností nebo nedostatek motivace. Ošetrovatelské diagnózy, které vyžadují edukační činnost ze strany sestry, mohou být aktuální, potencionální nebo edukační. Edukační diagnózy jsou orientované na podporu a zlepšení zdraví (15).

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA – International, taxonomie II, vztahující se k inkontinenci moči a edukaci:

Akutní:

- neefektivní léčebný režim – 00078,
- neefektivní podpora zdraví – 00099,
- deficitní znalost – 00126.

Potencionální:

- riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin – 00025.

K podpoře zdraví:

- efektivní léčebný režim – 00082,
- ochota ke zlepšení léčebného režimu – 00162,
- hledání zdravého životního stylu – 00084,
- ochota ke zlepšení bilance tekutin – 00160,
- ochota doplnit deficitní vědomosti – 00161,
- ochota zlepšit zvládání zátěže – 00158

Edukační intervence u pacientky s močovou inkontinencí při konzervativní léčbě:

- Komunikovat se ženou o tom, jak inkontinence ovlivňuje kvalitu jejího života a její sebehodnocení. Snažit se pomoci pacientce redukovat pocity úzkosti, beznaděje, nejistoty a naopak pochopit vlastní roli a zodpovědnost v péči o zdraví.
- Edukovat v případě potřeby i okolí pacientky, během edukace reagovat na další situace a potřeby ženy i její rodiny.
- Informovat o možných příčinách inkontinence, o způsobech, jak ji zmírnit či odstranit a zaměřit se na posouzení příčin a faktorů přispívajících k inkontinenci moči.
- Edukovat o včasném vyhledání toalety, o nácviu rytmu pravidelného močení po 2 hodinách, o prodlužování intervalů mezi močením na 3-4 hodiny, o metodě dvojitého močení, kdy se po močení pokouší močit znovu, přičemž aktivně zapojuje břišní lis (tlak rukou na oblast MM). Zaznamenávat každé močení do mikčnického deníku.

- Poučit o zdravé životosprávě, o nevhodnosti kouření, o redukci hmotnosti (je-li to nutné) a o pitném režimu. Vhodné je vypít minimálně 2 litry/24 hodin, v menších dávkách, spíše doma, ne na cestách a přibližně 3 hodiny před spánkem tekutiny nepřijímat. Vyvarovat se nevhodných tekutin (káva, čaj, alkohol, kola a sycené nápoje).
- Edukovat o eliminaci nošení a zvedání těžkých břemen a vyhýbání se prochladnutí.
- Seznámit se cviky na posílení zádových svalů i svalstva pánevního dna, které je nutné cvičit minimálně 5-6x denně v návaznosti na nácvik stereotypu močení.
- Pomoci s výběrem vhodných absorpčních pomůcek a s nácvikem jejich použití.
- Informovat pacientku o nutnosti udržování zvýšené hygieny, o ošetřování pokožky perineální oblasti po každém močení, o prevenci opruzenin. (5, 8, 15)

Edukační intervence u pacientky s močovou inkontinencí po chirurgickém zákroku TOT

- Po odeznění anestezie a analgezie pacientka vstává, chodí a snaží se o spontánní mikci.
- Nejsou-li žádné peroperační či pooperační komplikace, odchází žena týž den, eventuálně následující den domů.
- Ihned po propuštění je žena schopna zapojit se do normálního života, s omezením fyzické zátěže a zvedání břemen těžších než 3 kg po dobu minimálně 2-3 týdnů.
- Do definitivního zhojení incizí je doporučeno jen sprchování a ne koupání, pohlavní styk pak nejdříve za 4 týdny od výkonu.
- Obvyklá délka pracovní neschopnosti u nekomplikovaných případů je asi 1 až 2 týdny, dle stavu a profese pacientky ji lze individuálně upravit. (8, 15, 32)

7 VÝZKUMNÁ ČÁST

7.1 CÍLE VÝZKUMU

Cíl 1: Zmapovat informovanost žen s močovou inkontinencí.

Cíl 2: Zmapovat potřeby edukace u žen s močovou inkontinencí.

Cíl 3: Vytvořit edukační plán a zmapovat význam edukačního plánu.

7.2 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

Výzkumný předpoklad 1: Předpokládáme, že ženy s močovou inkontinencí nemají ucelené informace o dané problematice.

Výzkumný předpoklad 2: Domníváme se, že je v rámci edukace nutné zaměřit se na režimová opatření u žen s močovou inkontinencí.

Výzkumný předpoklad 3: Domníváme se, že ženy s močovou inkontinencí odkládají vyhledání odborné pomoci.

Výzkumný předpoklad 4: Předpokládáme, že více než polovina respondentek potvrdí efektivitu edukačního plánu.

8 METODIKA VÝZKUMU

8.1 POUŽITÉ METODY

Ke sběru dat pro výzkumnou část práce byla použita kvantitativní metoda výzkumu, anonymní dotazník. Dotazník byl určen pro ženy všech věkových kategorií, trpící močovou inkontinencí (Příloha č. 1: Dotazník). Skupina respondentek byla pacientkami urologické ambulance Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

Dotazník obsahoval 31 otázek, z nichž 24 bylo s uzavřeným typem odpovědi a 7 bylo s polootevřenými odpověďmi. Úvodní otázky byly identifikačního charakteru, následně byly řazeny otázky zaměřené všeobecně na problematiku močové inkontinence, na informovanost o dané problematice i na vlastní únik moči a s ním spojené obtíže včetně režimových a terapeutických opatření.

8.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Výzkumný soubor tvořily ženy všech věkových kategorií s močovou inkontinencí. Na urologické ambulanci Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. bylo rozdáno celkem 80 dotazníků v období od listopadu 2014 do února 2015. Z celkového počtu 80 (100 %) rozdaných dotazníků byla návratnost 75 (93,75 %) vyplněných dotazníků, z nichž 65 dotazníků (81,25 %) bylo vyplněno úplně a mohly být použity ke zpracování výzkumné části práce.

8.3 METODIKA PRÁCE

Dotazníkové šetření bylo provedeno se souhlasem hlavní sestry a primáře urologického oddělení. Jako první byla provedena pilotní studie výzkumu, kdy bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, které respondentky vyplnily. Následně s nimi bylo konzultováno, zda všem otázkám porozuměly. Dle odpovědí se ukázalo, že je pilotní dotazník nevyhovující a musí být opraven. Některé otázky zůstaly respondentkami nepochopeny, proto byly následně přeformulovány.

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány nejdříve písemně a dále pak pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2007. Text byl zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2007.

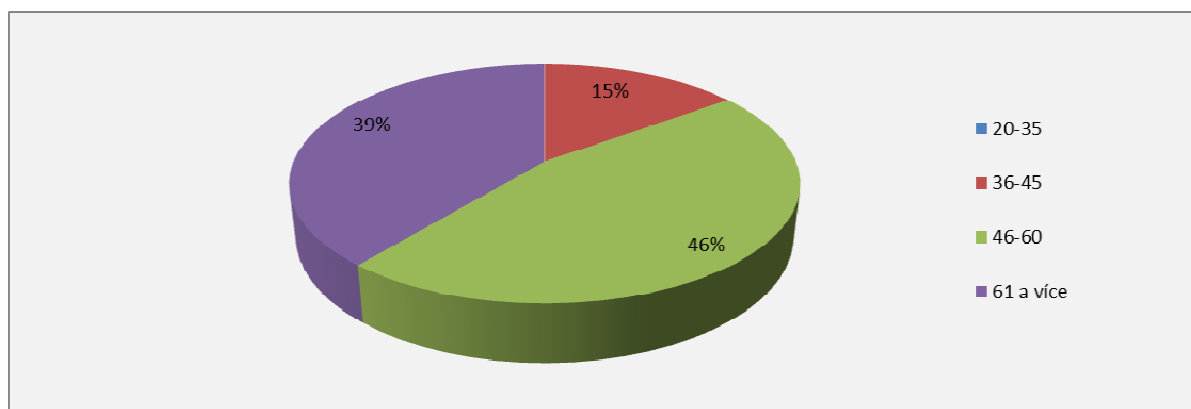
8.4 ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumný soubor tvořily pacientky navštěvující urologickou ambulanci Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., trpící močovou inkontinencí. Z celkového počtu 80 (100%) rozdaných dotazníků, byla návratnost 75 (94 %) vyplněných dotazníků, z nichž 65 (81 %) dotazníků bylo vyplněno úplně, a mohly být použity ke zpracování výzkumné části práce.

Položka č. 1 – Uveďte, kolik je Vám let?

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
20-35	0	0
36-45	10	15
46-60	30	46
61 a více	25	39



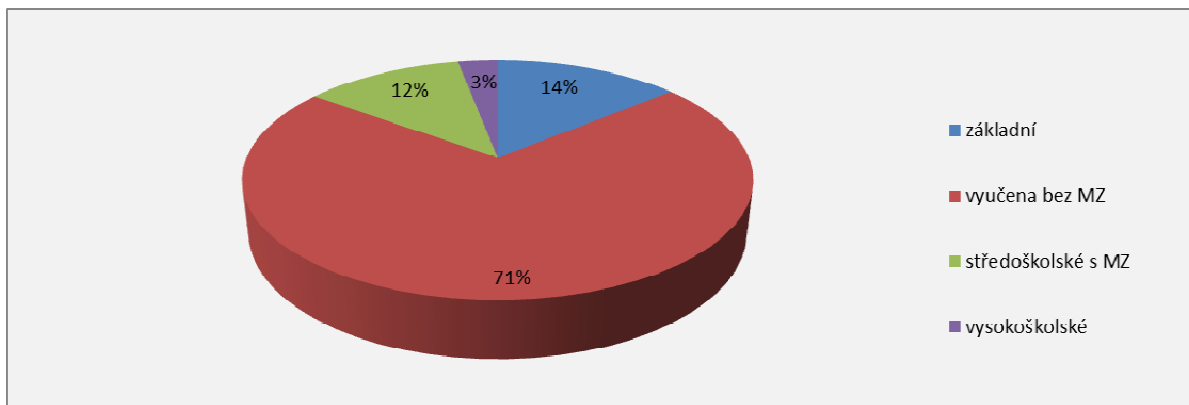
GRAF 1 Věk respondentů

Z celkového počtu 65 (100 %) respondentek uvedlo celkem 30 (46 %) věkovou kategorii 46-60 let, 25 respondentek (39 %) bylo ve věku 61 a více let, 10 žen (15 %) 36-45 let. Skupinu 20-35 let neoznačila žádná z respondentek.

Položka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka č. 2 Vzdělání respondentek

Vzdělání respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
základní	9	14
vyučena bez MZ	46	71
středoškolské s MZ	8	12
vysokoškolské	2	3



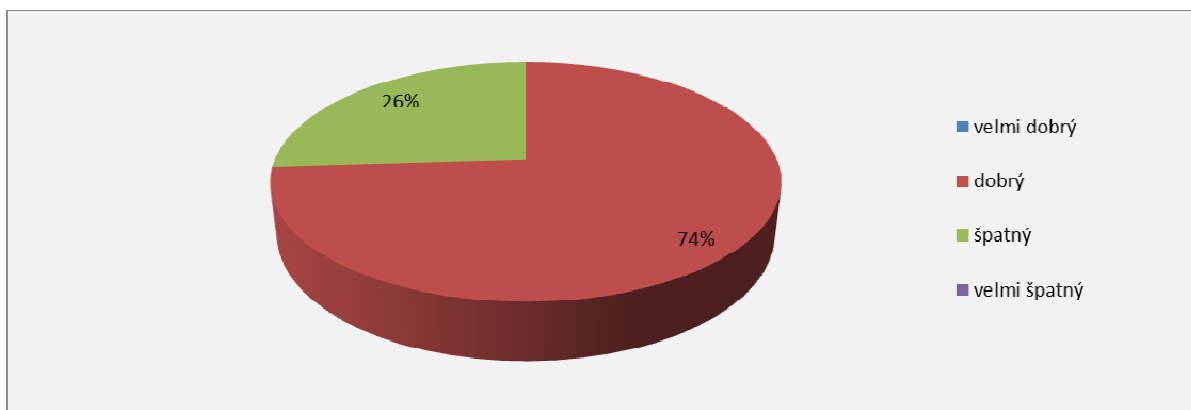
GRAF 2 Vzdělání respondentek

Z celkového počtu 65 (100 %) bylo u 46 (71 %) respondentek nejvyšším dosaženým vzděláním vyučení bez maturitní zkoušky. Celkem 9 (14 %) respondentek uvedlo jako své nejvyšší vzdělání základní školu, 8 (12 %) respondentek pak středoškolské s maturitní zkouškou a pouze 2 (3 %) respondentek vysokoškolské vzdělání. Žádná z respondentek neoznačila jiné dosažené vzdělání, než byla v dotazníku nabízena.

Položka č. 3 – Jak byste hodnotila svůj zdravotní stav?

Tabulka č.3 Zdravotní stav respondentek

Zdravotní stav respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi dobrý	0	0
dobrý	48	74
špatný	17	26
velmi špatný	0	0



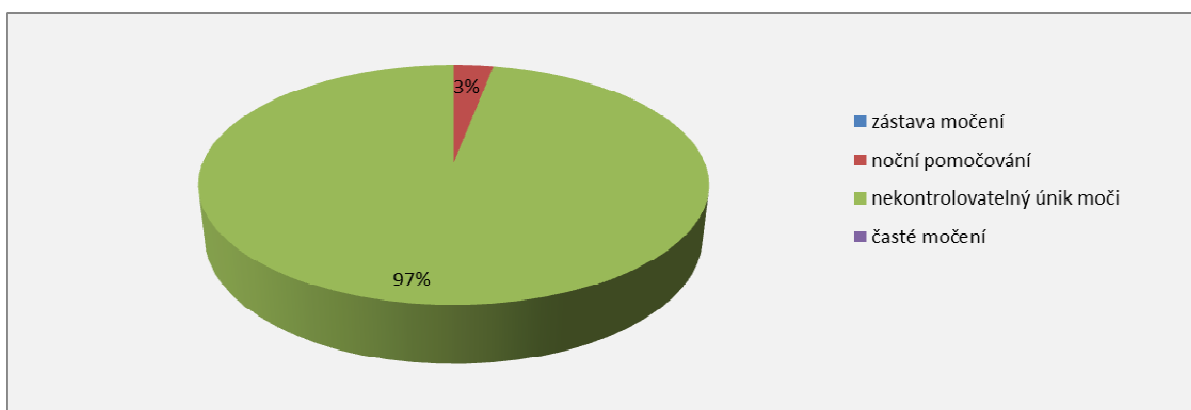
GRAF 3 Zdravotní stav respondentek

Z celkového počtu 65 (100 %) respondentek označilo 48 (74 %) svůj zdravotní stav jako dobrý a 17 (26%) respondentek jako špatný. Žádná z respondentek neoznačila svůj zdravotní stav jako velmi dobrý, ani jako velmi špatný.

Položka č. 4 – Co je močová inkontinence?

Tabulka č. 4 Znalost močové inkontinence

Znalost močové inkontinence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
zástava močení	0	0
noční pomočování	2	3
nekontrolovatelný únik moči	63	97
časté močení	0	0



GRAF 4 Znalost močové inkontinence

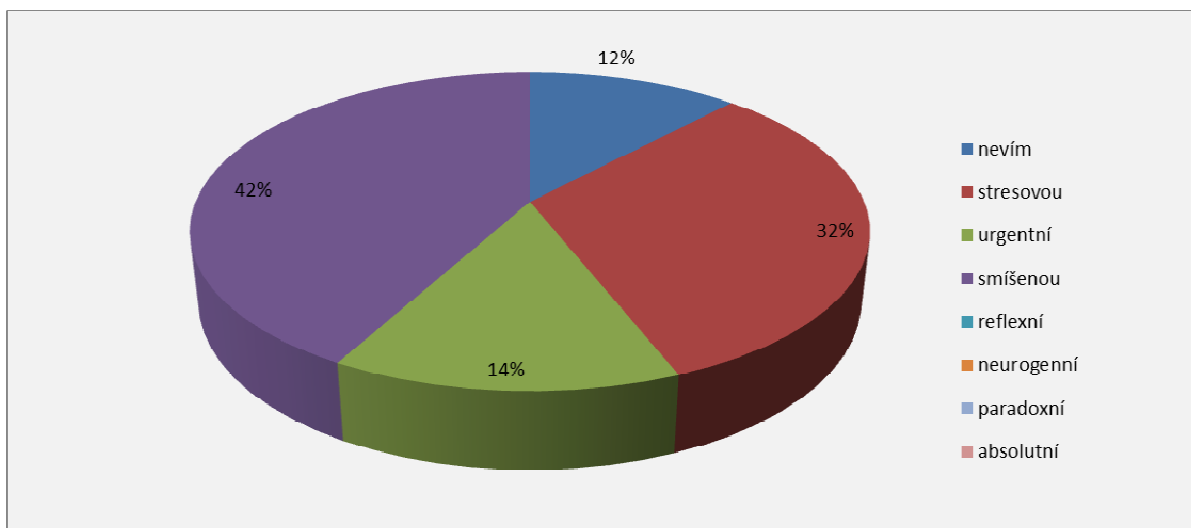
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentek označilo 63 (97 %) respondentek správnou odpověď. Tyto respondentky správně uvedly, že močová inkontinence je nekontrolovatelný únik moči. Pouze 2 respondentky (3 %) označily chybnou odpověď, nesprávně uvedly, že močová

inkontinence je noční pomočování. Žádná z oslovených žen neoznačila močovou inkontinenci jako zástavu močení, ani jako časté močení.

Položka č. 5 – Jakým druhem močové inkontinence trpíte?

Tabulka č. 5 Druh močové inkontinence

Druh močové inkontinence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nevím	8	12
stresovou	21	32
urgentní	9	14
smíšenou	27	42
reflexní	0	0
neurogení	0	0
paradoxní	0	0
absolutní	0	0



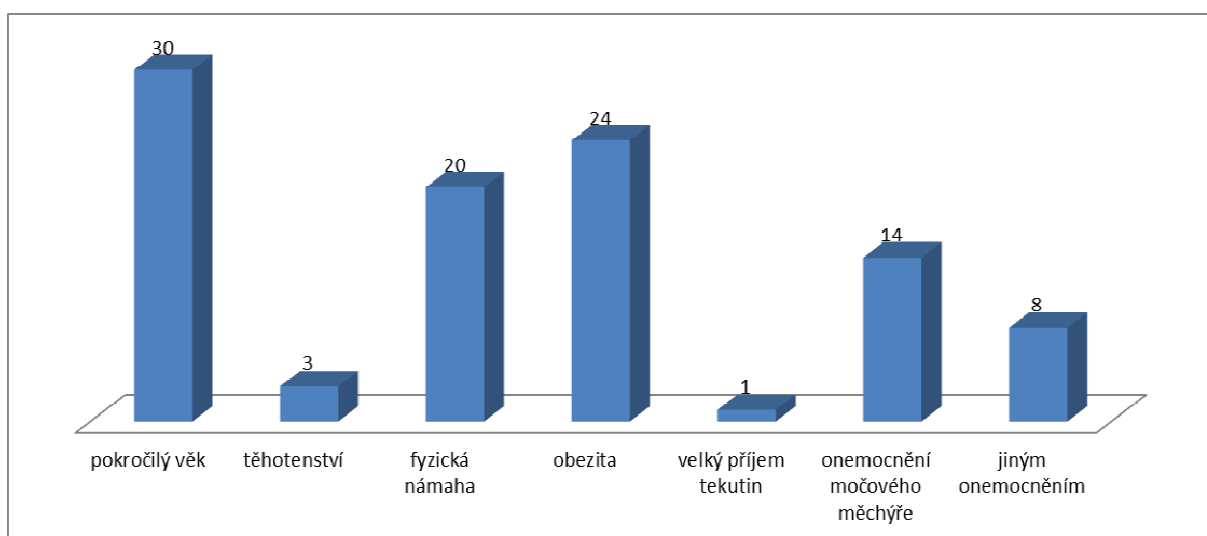
GRAF 5 Druh močové inkontinence

Nejčastějším druhem močové inkontinence u dotazovaných žen je inkontinence smíšená a stresová. Z celkem 65 (100 %) respondentek, trpí 27 (42%) žen inkontinencí smíšenou, 21 (32%) inkontinencí stresovou a 9 (14%) inkontinencí urgentní. Ostatní druhy úniku moči nebyly označeny. Celkem 8 (12%) dotazovaných žen neví, jakým druhem močové inkontinence trpí.

Položka č. 6 – Čím může být způsobena močová inkontinence? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 6 Příčiny močové inkontinence

Příčiny močové inkontinence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
pokročilý věk	63	30
těhotenství	6	3
fyzická námaha	41	20
obezita	49	24
velký příjem tekutin	3	1
onemocnění močového měchýře	28	14
jiným onemocněním	17	8



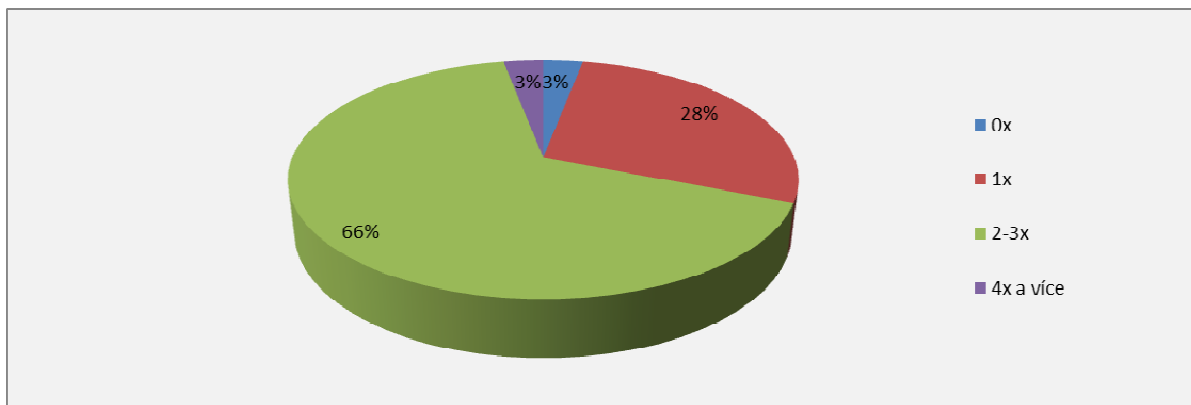
GRAF 6 Příčiny močové inkontinence

Na otázku zjišťující čím může být způsobena močová inkontinence, měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Nejčastější odpovědí byl pokročilý věk, který byl označen celkem 63krát (30%). Obezita byla označena 49krát (24%), fyzická námaha 41krát (20%), onemocnění močového měchýře 28krát (14%) a jiná onemocnění, jako je například „cukrovka“, mozková mrtvice, neurologické onemocnění 17krát (8%). Těhotenství jako příčina močové inkontinence bylo zvoleno celkem 6krát (3%), velký příjem tekutin 3krát (1%).

Položka č. 7 – Kolikrát jste rodila přirozenou cestou?

Tabulka č. 7 Počet porodů

Počet porodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0x	2	3
1x	18	28
2-3x	43	66
4x a více	2	3



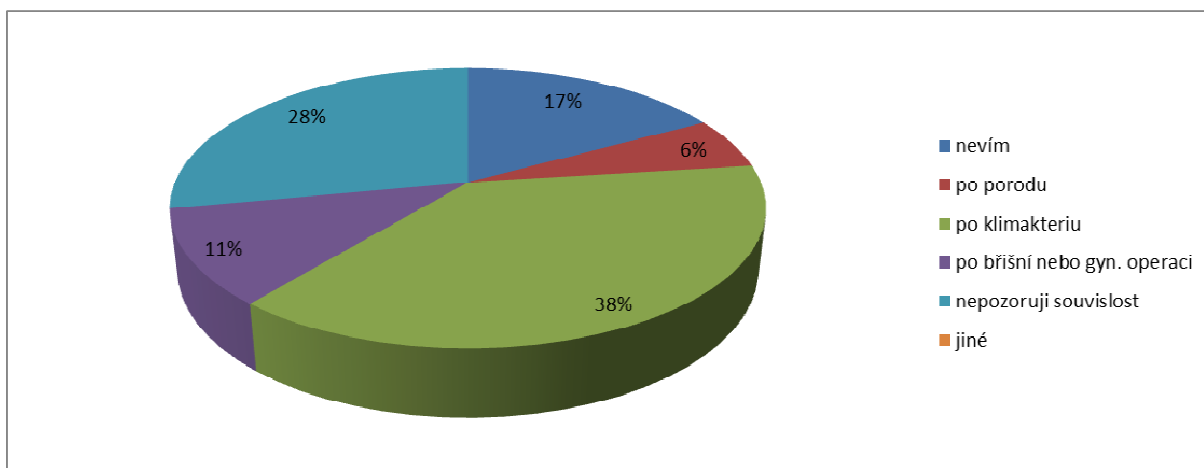
GRAF 7 Počet porodů

V této otázce bylo dotazováno celkem 65 (100 %) žen, z nichž 43 (66%) odpovědělo, že rodily 2-3krát. Jeden porod označilo 18 žen (28%). Žádný a 4 a více porodů zvolily shodně dvě respondentky (3%).

Položka č. 8 – Kdy se únik moči objevil?

Tabulka č. 8 Výskyt úniku moči

Výskyt úniku moči	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nevím	11	17
po porodu	4	6
po klimakteriu	25	38
po břišní nebo gyn. operaci	7	11
nepozoruji souvislost	18	28
jiné	0	0



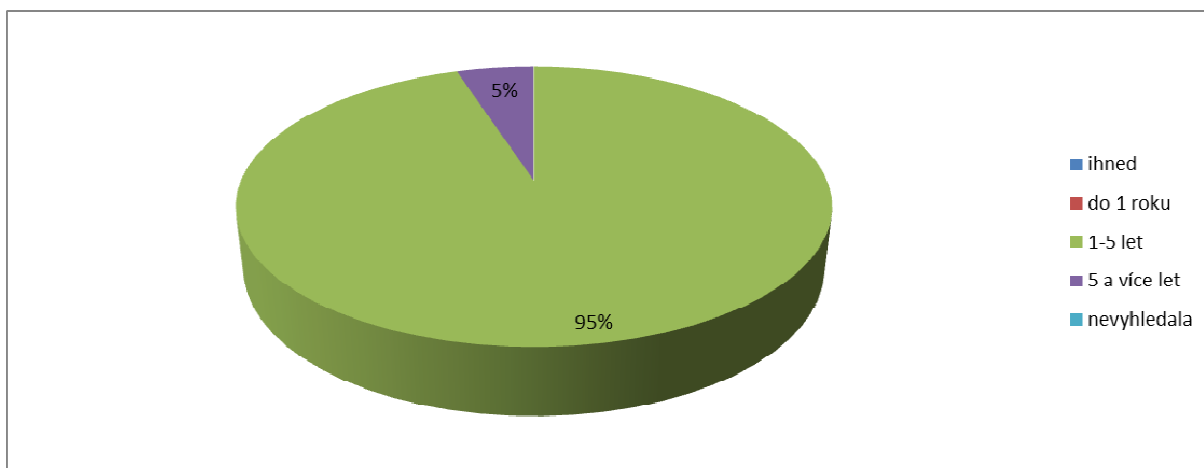
GRAF 8 Výskyt úniku moči

Únik moči se u 25 žen (38%) objevil po klimakteriu, u 7 žen (11%) po břišní či gynekologické operaci, u 4 žen (6%) po porodu. Celkem 18 žen (28%) nepozoruje souvislost úniku moči s uvedenými událostmi a 11 žen (17%) neví, kdy se únik moči objevil. Volná možnost odpovědi nebyla využita.

Položka č. 9 – Po jaké době od objevení inkontinence moči jste vyhledala odbornou pomoc?

Tabulka č. 9 Vyhledání odborné pomoci

Vyhledání odborné pomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ihned	0	0
do 1 roku	0	0
1-5 let	62	95
5 a více let	3	5
nevyhledala	0	0



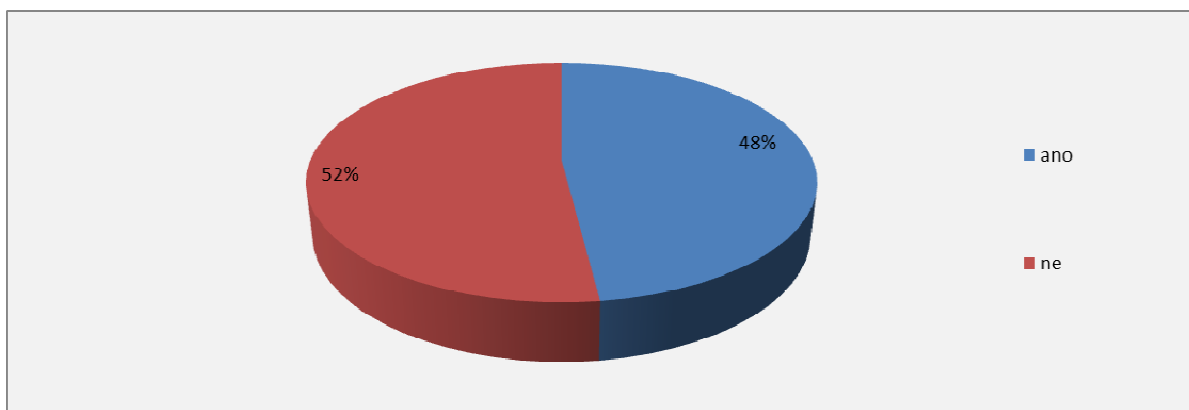
GRAF 9 Vyhledání odborné pomoci

Analýzou 65 odpovědí (100%), bylo zjištěno, že 62 dotazovaných žen (95%) vyhledalo odbornou pomoc za 1-5 let po objevení úniku moči a 3 ženy (5%) za 5 a více let od objevení močové inkontinence. Varianty ihned, do 1 roku a nevyhledala, nebyly žádnou respondentkou označeny.

Položka č. 10 – Léčíte se s inkontinencí moči?

Tabulka č. 10 Léčba močové inkontinence

Léčba inkontinence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	31	48
ne	34	52



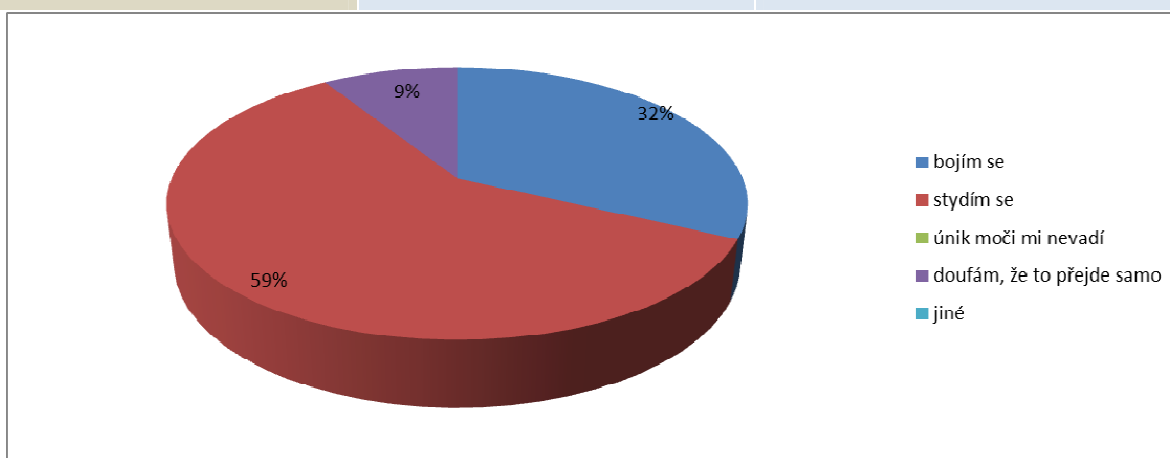
GRAF 10 Léčba močové inkontinence

Na otázku odpovědělo celkem 65 žen (100%), z nichž 34 (52%) se neléčí a 31 (48%) se léčí s močovou inkontinencí.

Položka č. 11 – Pokud se neléčíte, z jakého důvodu?

Tabulka č. 11 Důvod nevyhledání léčby

Důvod nevyhledání léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
bojím se	21	32
stydím se	38	59
únik moči mi nevadí	0	0
doufám, že to přejde samo	6	9
Jiné	0	0



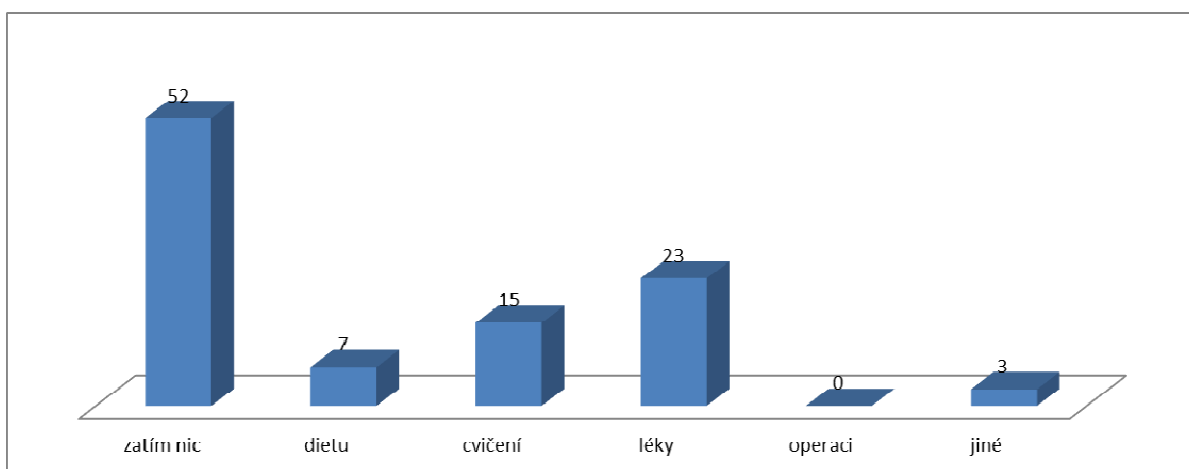
GRAF 11 Důvod nevyhledání léčby

Nejčastějším důvodem, proč se dotazované ženy neléčí s únikem moči je stud. Takto odpovědělo z 65 (100 %) dotazovaných žen celkem 38 (59 %). Také strach je pro 21 žen (32 %) překážkou v léčbě inkontinence moči. Zbýlých 6 žen (9 %) doufá, že únik moči odezní samovolně. Žádná z oslovených žen neuvedla, že jí únik moči nevadí. Volná varianta odpovědi nebyla též využita.

Položka č. 12 – Co jste v rámci léčby již absolvovala? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 12 Využití možností léčby

Využití možností léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
zatím nic	40	52
dietu	5	7
cvičení	11	15
léky	17	23
operaci	0	0
jiné	2	3



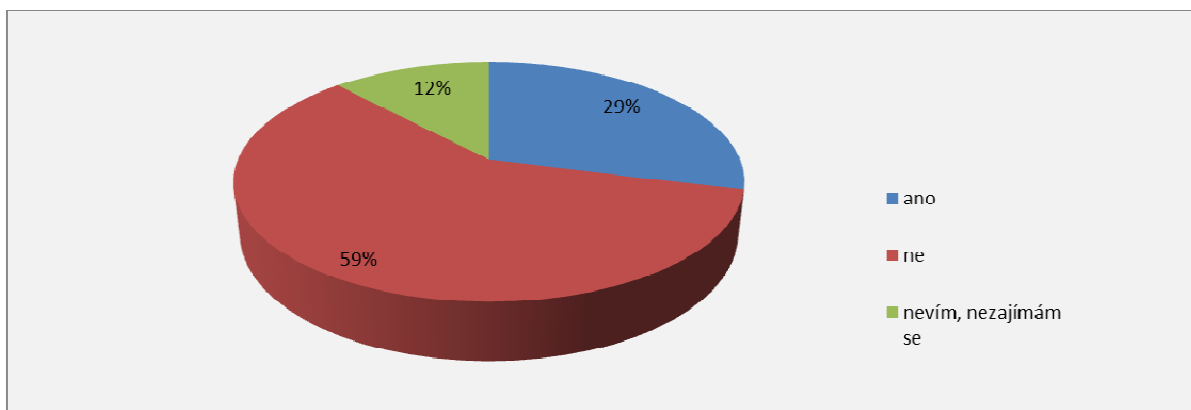
GRAF 12 Využití možností léčby

Analýzou 65 odpovědí (100 %) bylo zjištěno, že 40 respondentek (43 %) zatím v rámci léčby močové inkontinence nic neabsolvovalo, 17 žen (18 %) užívá léky k léčbě močové inkontinence, 11 žen (12 %) cvičí, 5 žen (5 %) zvolilo dietní omezení a 2 ženy (2 %) v rámci volné odpovědi napsaly, že používají absorpční pomůcky.

Položka č. 13 – Myslíte si, že je dostatek dostupných informací o prevenci močové inkontinence u žen?

Tabulka č. 13 Dostupnost informací o prevenci močové inkontinence

Dostupnost informací o prevenci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	19	29
ne	38	59
nevím, nezajímám se	8	12



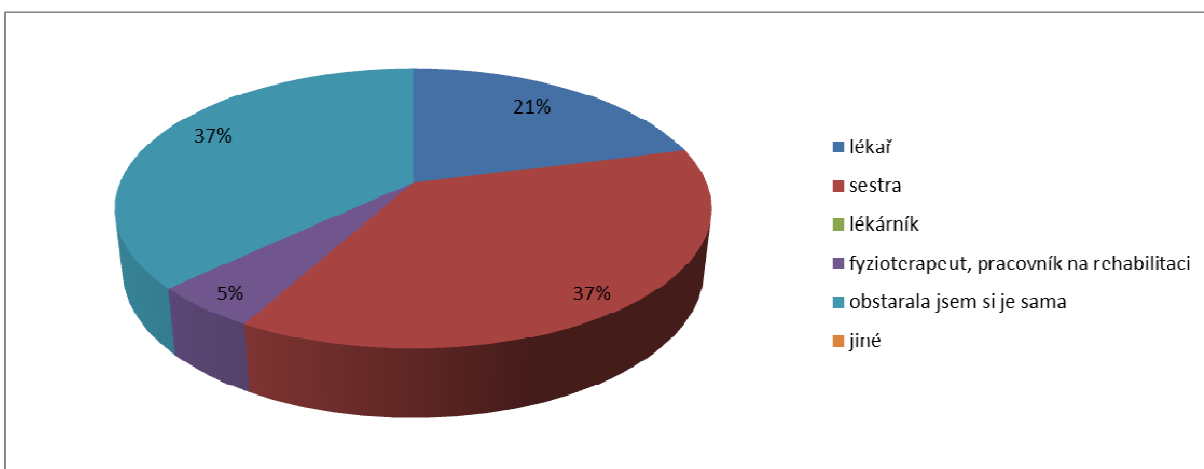
GRAF 13 Dostupnost informací o prevenci močové inkontinence

Na otázku odpovídalo 65 žen (100 %), z nichž 38 (59 %) si myslí, že není dostatek dostupných informací. Naopak 19 žen (29 %) se domnívá, že je tato informovanost dostatečná a zbylých 8 žen (12 %) neví nebo se nezajímá.

Položka č. 14 – Pokud jste v otázce č. 13 odpověděla ano, uveďte, kdo Vám tyto informace poskytl.

Tabulka č. 14 Zdroj informací

Zdroj informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
lékař	4	21
sestra	7	37
lékárník	0	0
fyzioterapeut, pracovník na rehabilitaci	1	5
obstarala jsem si je sama	7	37
jiné	0	0



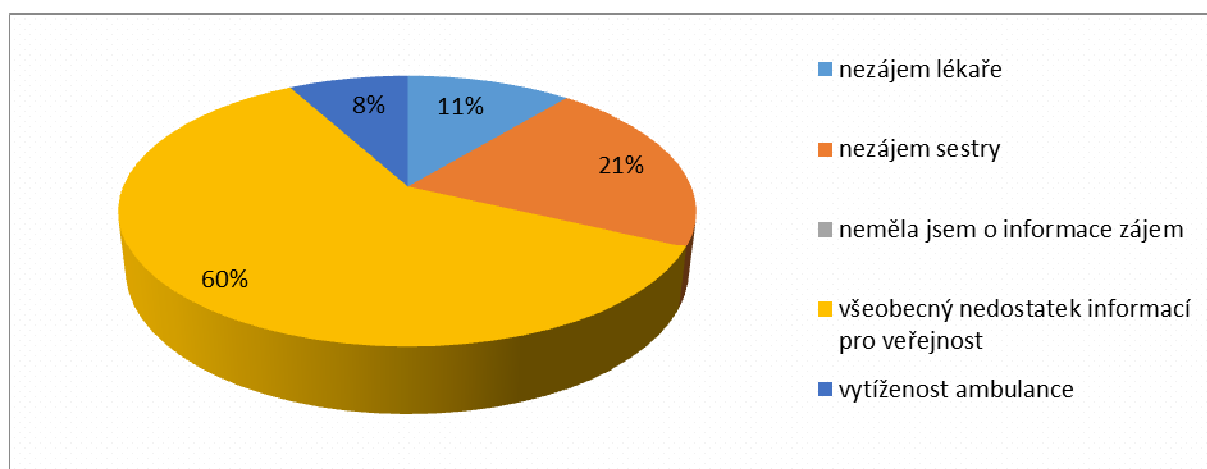
GRAF 14 Zdroj informací

Z 19 žen (100 %), které se domnívají, že je dostatek dostupných informací o prevenci močové inkontinence, uvedlo 7 (37 %), že jim tyto informace poskytla sestra. Stejný počet žen uvedl, že si tyto informace obstaraly samy. Lékařem jako poskytovatele informací označily 4 ženy (21 %) a fyzioterapeuta 1 žena (5 %). Ostatní odpovědi nebyly respondentkami využity.

Položka č. 15 – Pokud jste v otázce č. 13 odpověděla ne, kde si myslíte, že je příčina?

Tabulka č. 15 Příčiny nedostatku informací

Příčiny nedostatku informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nezájem lékaře	4	11
nezájem sestry	8	21
neměla jsem o informace zájem	0	0
všeobecný nedostatek informací pro veřejnost	23	60
vytíženost ambulance	3	8



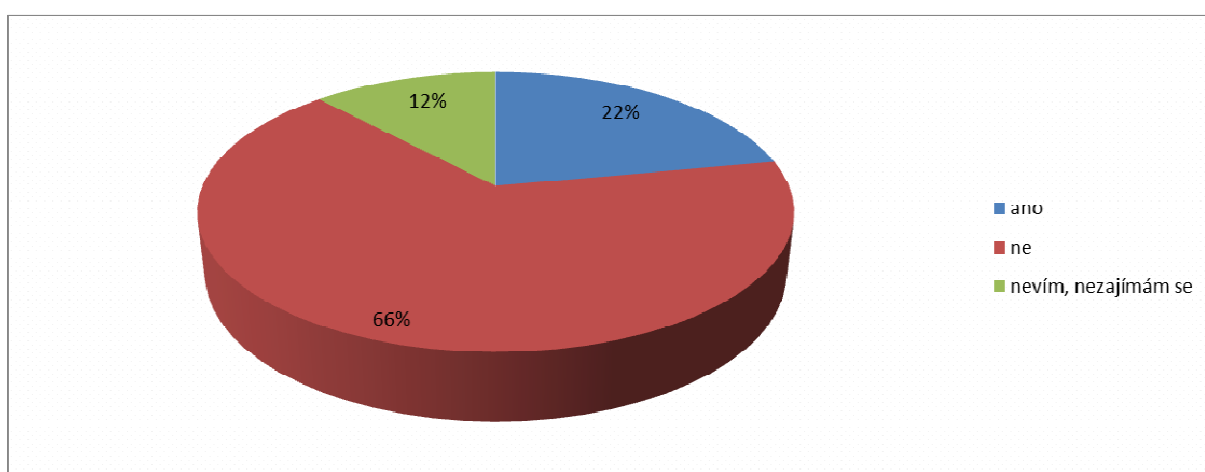
GRAF 15 Příčiny nedostatku informací

Z 38 respondentek (100 %), které se domnívají, že není dostatek dostupných informací o prevenci močové inkontinence, si 23 (60 %) myslí, že je všeobecný nedostatek těchto informací. Dalších 8 žen (21 %) uvedlo jako příčinu nedostatku informací o prevenci úniku moči nezájem sestry a 4 respondentky (11 %) nezájem lékaře. Zbylé 3 ženy (8 %) uvedly v kolonce s možností volné odpovědi, že hlavní příčinou je vytíženost / přetíženost ambulance / personálu.

Položka č. 16 – Myslíte si, že je dostatek dostupných informací o léčebných možnostech močové inkontinence u žen?

Tabulka č. 16 Dostatek dostupných informací o léčebných možnostech močové inkontinence u žen

Dostatek dostupných informací o léčebných možnostech močové inkontinence u žen	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	14	22
ne	43	66
nevím, nezajímám se	8	12



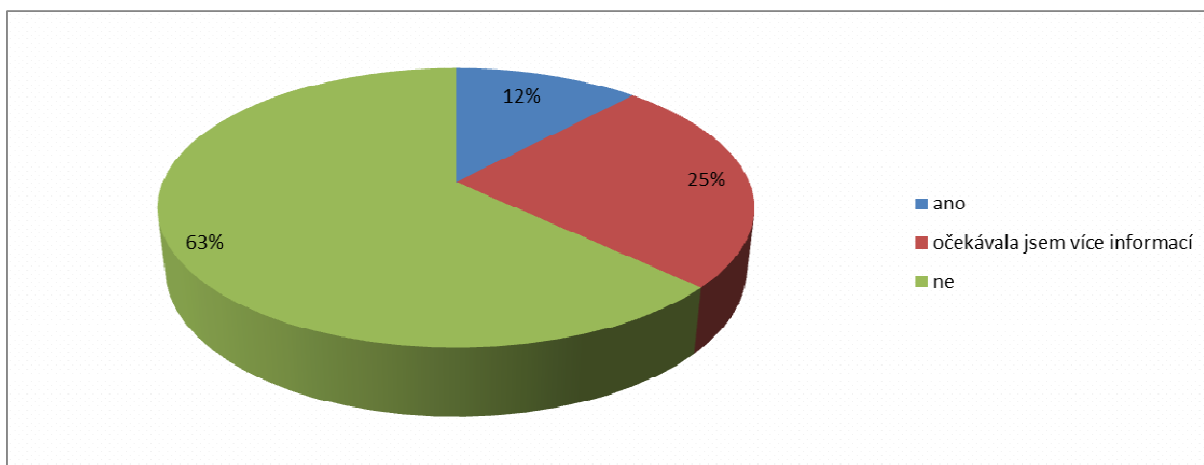
GRAF 16 Dostatek dostupných informací o léčebných možnostech močové inkontinence u žen

Nedostatek informací o léčebných možnostech močové inkontinence uvedlo 43 respondentek z 65 (66 %). Naopak dostatek těchto informací uvedlo 14 žen z 65 (22 %) a celkem 8 žen (12 %) neví nebo se o tyto informace nezajímá.

Položka č. 17 – Obdržela jste od zdravotníků dostatek informací o možnostech léčby močové inkontinence?

Tabulka č. 17 Dostatečná informovanost o možnostech léčby močové inkontinence od zdravotníků

Dostatečnost informovanosti o možnostech léčby od zdravotníků	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	8	12
očekávala jsem více informací	16	25
ne	41	63



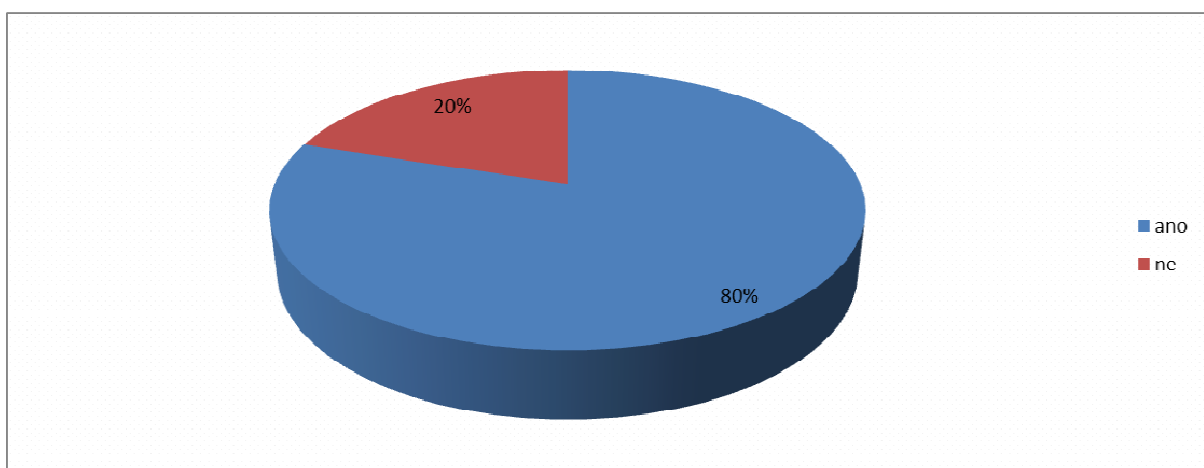
GRAF 17 Dostatečná informovanost o možnostech léčby močové inkontinence od zdravotníků

Většina respondentek dotazníkového šetření uvedla, že od zdravotníků neobdržela dostatek informací o možnostech léčby močové inkontinence. Z celkového počtu 65 odpovědí (100 %), toto uvedlo 41 žen (63 %) a 16 žen (25 %) uvedlo, že očekávaly více informací. Pouze 8 žen (12 %) vyjádřilo spokojenost s informovaností o léčebných možnostech.

Položka č. 18 – Bylo Vám v rámci léčby doporučeno posilování svalstva pánevního dna?

Tabulka č. 18 Doporučení posilování svalstva pánevního dna

Doporučení posilování svalstva pánevního dna	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	52	80
ne	13	20



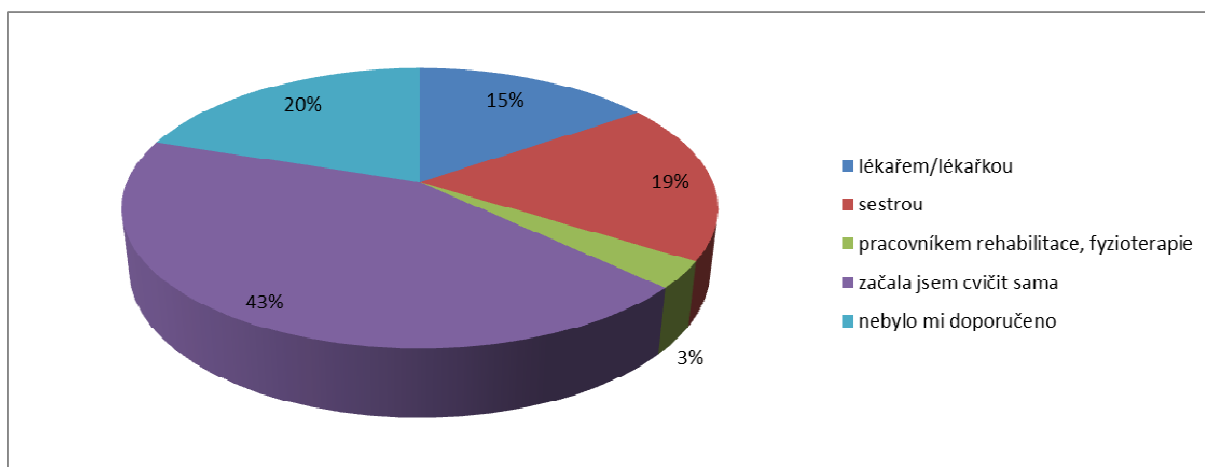
GRAF 18 Doporučení posilování svalstva pánevního dna

Na otázku, zda bylo ženám během léčby doporučeno posilování svalstva pánevního dna, odpovídalo celkem 65 respondentek (100 %). Kladně odpovědělo 52 žen (80 %) a 13 žen (20 %) uvedlo, že jim v rámci léčby úniku moči nebylo toto cvičení doporučeno.

Položka č. 19 – Kým Vám bylo doporučeno posilování svalstva dna pánevního?

Tabulka č. 19 Osoba, která doporučila posilování svalstva pánevního dna

Osoba, která doporučila posilování svalstva pánevního dna	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
lékařem/lékařkou	10	15
sestrou	12	19
pracovníkem rehabilitace, fyzioterapie	2	3
začala jsem cvičit sama	28	43
nebylo mi doporučeno	13	20



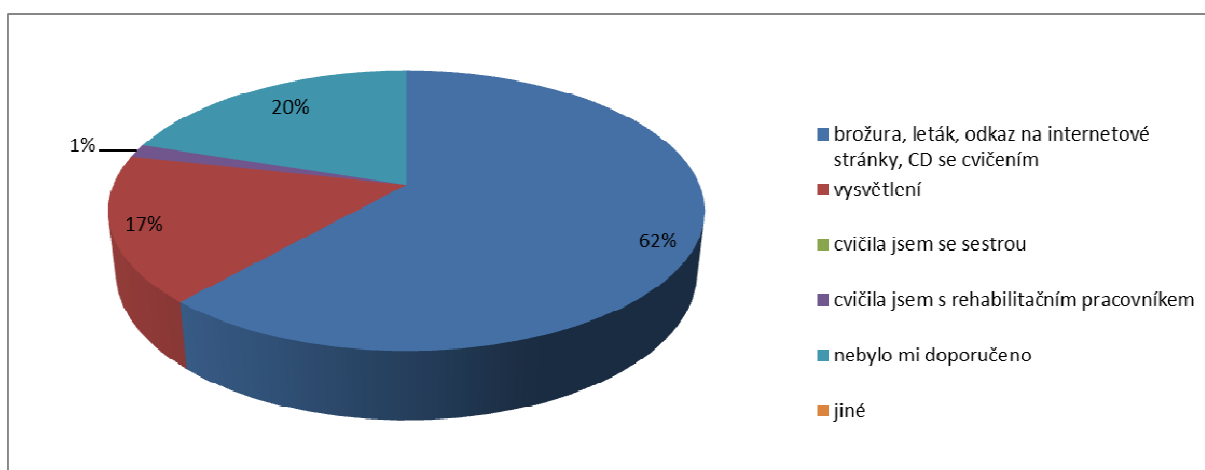
GRAF 19 Osoba, která doporučila posilování svalstva pánevního dna

Na otázku, kým bylo ženám doporučeno posilování svalstva dna pánevního, odpovědělo celkem 65 žen (100 %). Celkem 28 žen (43 %) uvedlo, že začaly posilování svalstva dna pánevního cvičit samy a 13 žen (20 %) odpovědělo, že jim toto cvičení nebylo doporučeno. Sestra doporučila tyto cviky celkem u 12 žen (19 %), lékař/lékařka 10 ženám (15 %) a pracovník rehabilitace nebo fyzioterapeut u 2 žen (3 %).

Položka č. 20 – Jakou formou Vám bylo doporučeno posilování svalstva dna pánevního?

Tabulka č. 20 Forma doporučení o posilování svalstva dna pánevního

Forma doporučení posilování svalstva pánevního dna	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
brožura, leták, odkaz na internetové stránky, CD se cvičením	40	62
vysvětlení	11	17
cvičila jsem se sestrou	0	0
cvičila jsem s rehabilitačním pracovníkem	1	2
nebylo mi doporučeno	13	20
jiné	0	0



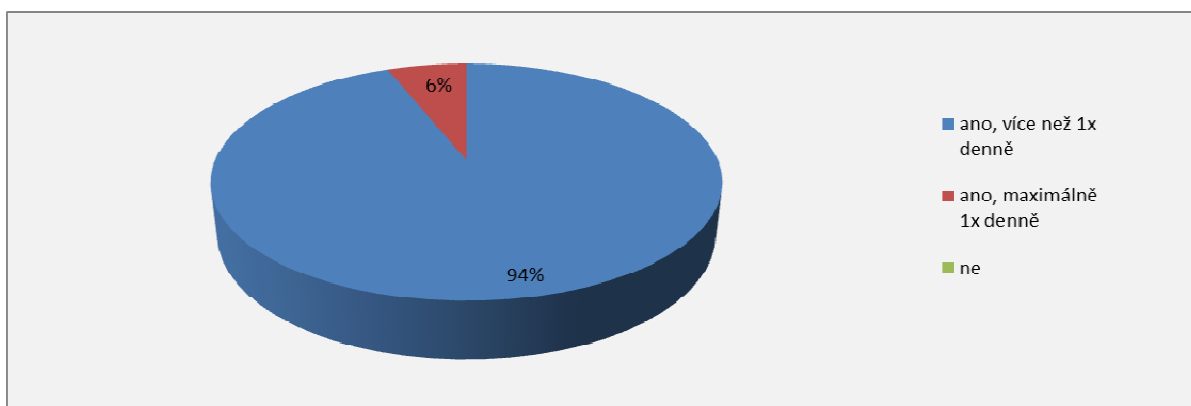
GRAF 20 Forma doporučení o posilování svalstva dna pánevního

Nejčastěji jsou ženy seznamovány s posilováním svalstva pánevního dna formou letáku, brožury, odkazu na internetové stránky nebo pomocí CD se cvičením. To uvedlo 40 respondentek z 65 (62 %). Metoda vysvětlení byla použita u 11 žen (17 %) z 65. Pouze jedna žena z 65 (2%) cvičila s rehabilitačním pracovníkem. Cvičení se sestrou a jiná možnost odpovědi nebyly využity. Zbýlých 13 respondentek z 65 (20 %) opakovaně uvedlo, že jim toto cvičení nebylo v rámci léčby doporučeno.

Položka č. 21 – Používáte absorpční pomůcky (vložky, plenkové kalhotky)?

Tabulka č. 21 Používání absorpčních pomůcek

Používání absorpčních pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano, více než 1x denně	61	94
ano, maximálně 1x denně	4	6
ne	0	0



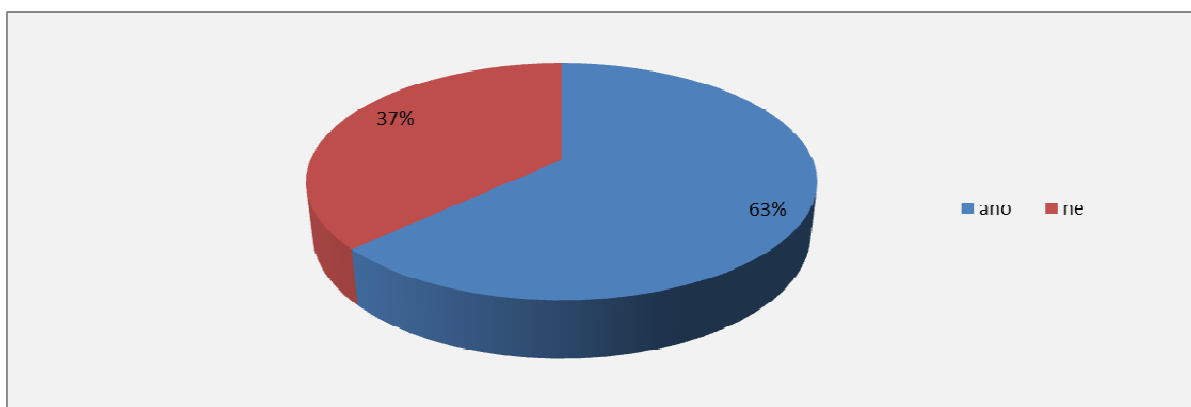
GRAF 21 Používání absorpčních pomůcek

Všech 65 oslovených žen (100%) uvedlo, že používají absorpční pomůcky. Více než jednou denně použije tyto pomůcky 61 žen (94 %) a maximálně jedenkrát za den je využijí 4 ženy (6 %).

Položka č. 22 – Domníváte se, že je nějaký rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči?

Tabulka č. 22 Rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči

Rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	41	63
ne	24	37



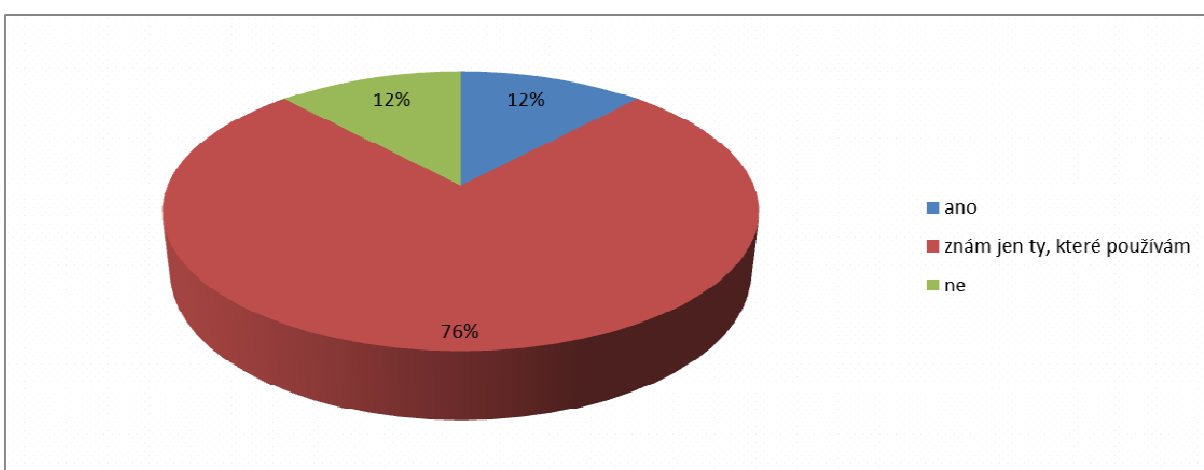
GRAF 22 Rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči

Z celkem 65 oslovených žen (100 %) si 41 žen (63 %) myslí, že je rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči a 24 žen (37 %) se domnívá, že mezi nimi rozdíl není.

Položka č. 23 – Máte přehled o sortimentu absorpčních pomůcek pro ženy s únikem moči?

Tabulka č. 23 Přehled o sortimentu absorpčních pomůcek pro ženy

Přehled o sortimentu absorpčních pomůcek pro ženy s únikem moči	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	8	12
znám jen ty, které používám	49	76
ne	8	12



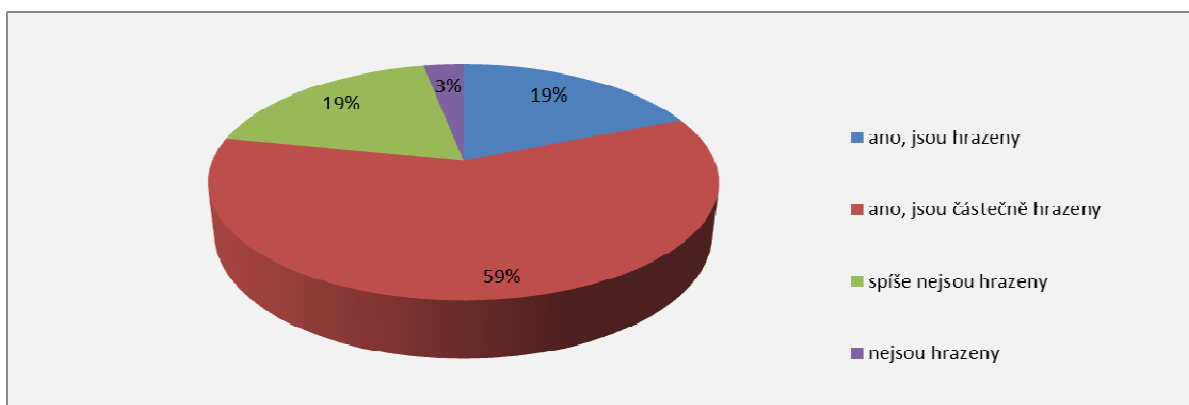
GRAF 23 Přehled o sortimentu absorpčních pomůcek pro ženy

Z celkem 65 oslovených žen (100 %) odpovědělo 49 žen (76 %) že zná jen ty absorpční pomůcky, které používá. Dalších 8 žen (12 %) uvedlo, že má přehled o sortimentu absorpčních pomůcek a zbylých 8 žen (12 %) tento přehled nemá.

Položka č. 24 – Jsou podle Vás absorpční pomůcky hrazeny zdravotní pojišťovnou?

Tabulka č. 24 Hrazení absorpčních pomůcek zdravotní pojišťovnou

Jsou podle Vás absorpční pomůcky hrazeny pojišťovnou?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano, jsou hrazeny	12	19
ano, jsou částečně hrazeny	39	59
spíše nejsou hrazeny	12	19
nejsou hrazeny	2	3



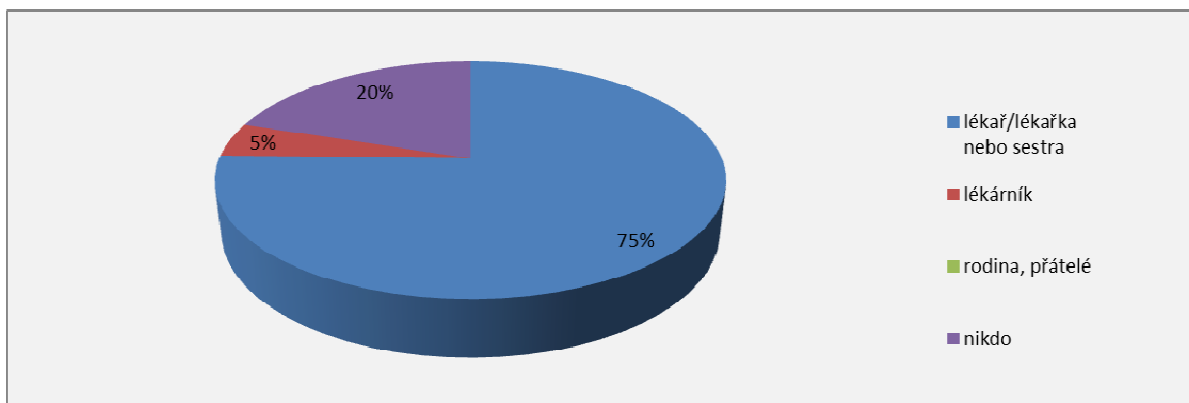
GRAF 24 Hrazení absorpčních pomůcek zdravotní pojišťovnou

Na otázku, zda jsou absorpční pomůcky hrazeny zdravotní pojišťovnou, odpovídalo 65 respondentek (100 %). Celkem 39 žen (60 %) uvedlo, že jsou hrazeny částečně. Dalších 12 žen (19%) se domnívá, že jsou plně hrazeny a stejný počet respondentek uvedlo, že hrazeny nejsou. Zbylé 2 ženy (3 %) uvedly, že zdravotní pojišťovny inkontinenční pomůcky nehradí.

Položka č. 25 – Kdo Vám pomáhal při volbě vhodné absorpční pomůcky?

Tabulka č. 25 Pomoc při volbě vhodné absorpční pomůcky

Výběr absorpčních pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
lékař/lékařka nebo sestra	49	75
lékárník	3	5
rodina, přátelé	0	0
nikdo	13	20



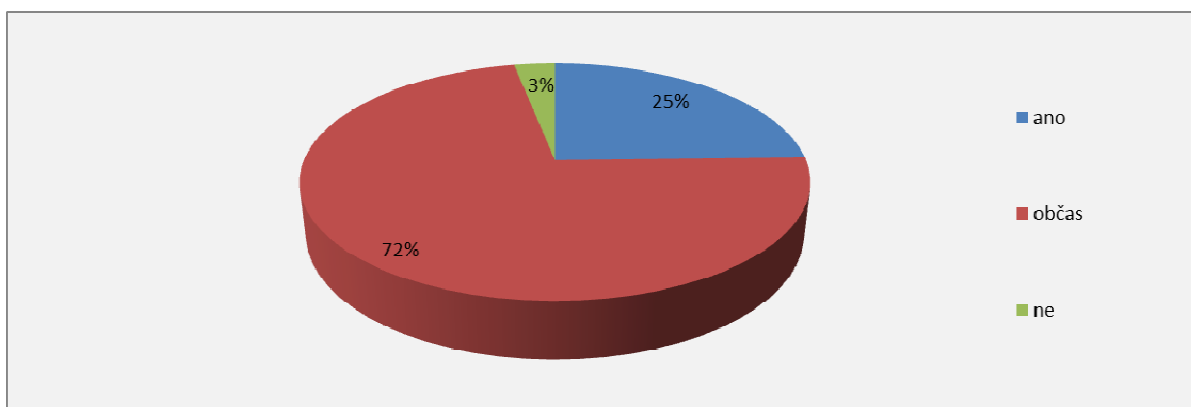
GRAF 25 Pomoc při volbě vhodné absorpční pomůcky

Při výběru vhodné absorpční pomůcky pomáhal 49 ženám (75 %) lékař/lékařka nebo sestra. Celkem 13 žen (20 %) si vhodnou inkontinenční pomůcku zvolilo samo a 3 ženy (5 %) si je vybíraly dle doporučení v lékárně. Žádná z respondentek nevybírala tyto pomůcky s rodinou ani přáteli.

Položka č. 26 – Působí únik moči negativně na Vaši psychiku?

Tabulka č. 26 Vliv úniku moči na psychiku

Vliv úniku moči na psychiku	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	16	25
občas	47	72
ne	2	3



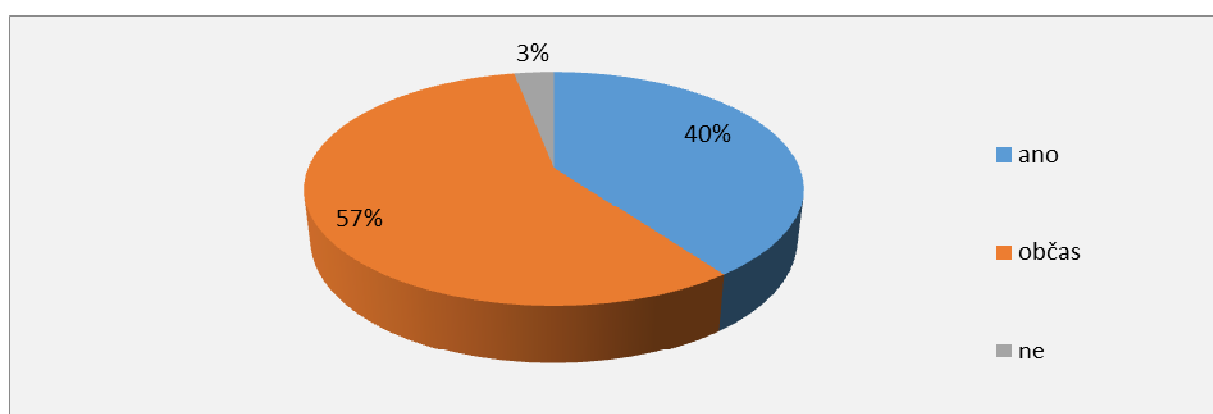
GRAF 26 Vliv úniku moči na psychiku

Většina oslovených žen uvedla, že únik moči působí negativně na jejich psychiku. Ze všech 65 respondentek (100 %) přiznalo celkem 16 žen (25 %), že je jejich psychika ovlivněna stále a u 47 žen (72 %) intermitentně. Pouze 2 ženy (3 %) v dotazníku označily, že únik moči neovlivňuje jejich psychickou stránku.

Položka č. 27 – Omezuje Vás únik moči v běžných aktivitách?

Tabulka č. 27 Omezení v běžných aktivitách

Omezení v běžných aktivitách	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	26	40
občas	37	57
ne	2	3



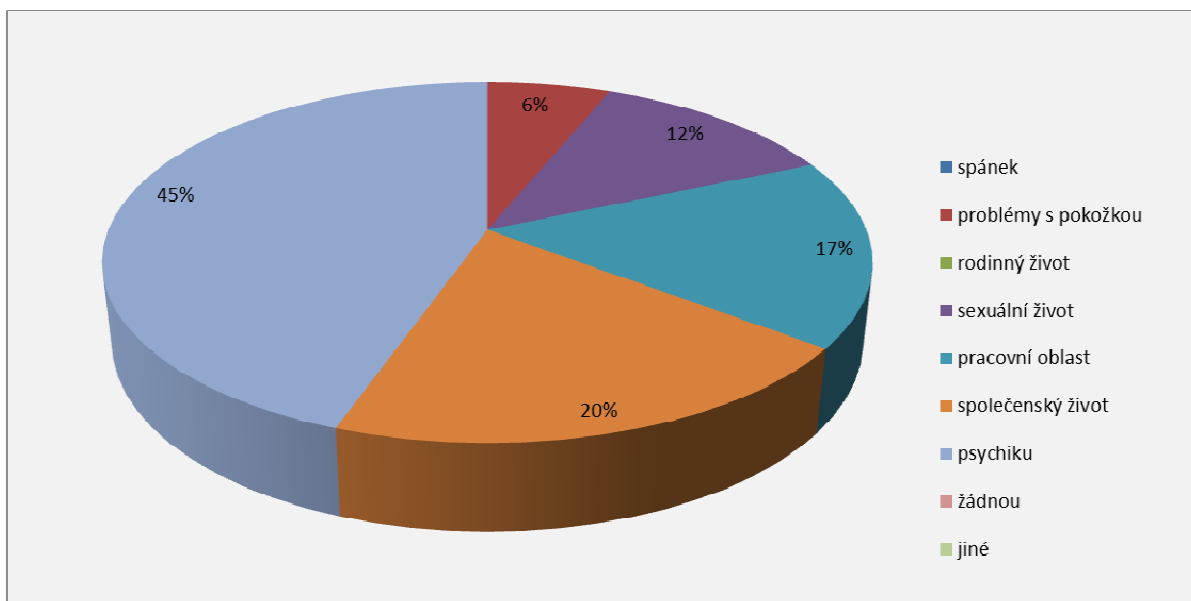
GRAF 27 Omezení v běžných aktivitách

Na otázku odpovídalo 65 žen (100 %). Většina z nich označila únik moči jako faktor omezující je v běžných aktivitách. Celkem 26 žen (40 %) přiznalo, že se cítí omezované stále a 37 žen (57 %) občas. Pouze dvě ženy (3%) uvedly, že je močová inkontinence v běžných aktivitách neomezuje.

Položka č. 28 – Kterou oblast Vašeho života narušuje únik moči nejvíce?

Tabulka č. 28 Oblast života narušená močovou inkontinencí

Narušené oblasti života spojené s únikem moči	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
spánek	0	0
problémy s pokožkou	4	6
rodinný život	0	0
sexuální život	8	12
pracovní oblast	11	17
společenský život	13	20
psychiku	29	45
žádnou	0	0
jiné	0	0



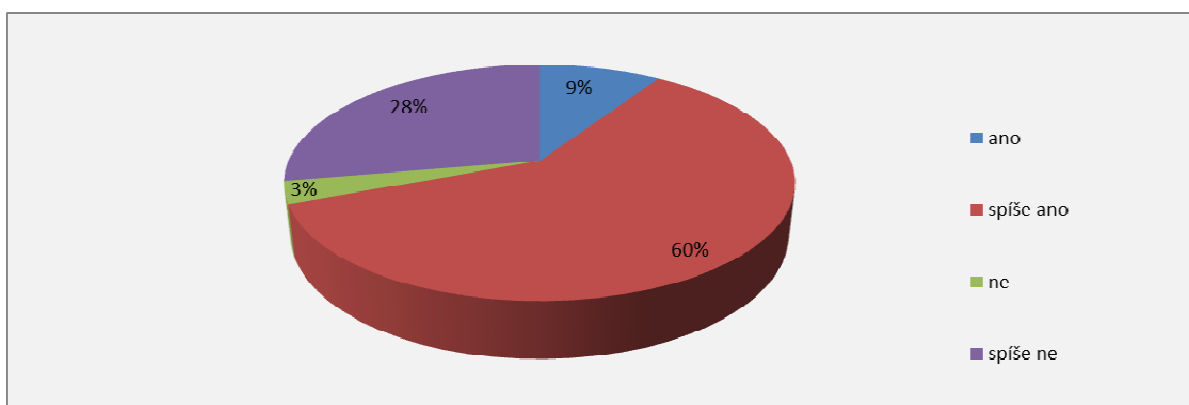
GRAF 28 Oblast života narušená močovou inkontinencí

Na dotaz, která oblast života je únikem moči nejvíce narušena odpovídalo celkem 65 žen (100 %). Téměř polovina z nich (29 žen, 45 %) uvedla, že se jedná o psychickou stránku. Společenský život je inkontinencí nejvíce narušen u 13 žen (20 %), pracovní oblast u 11 žen (17 %) a sexuální život u 8 žen (12 %). Celkem 4 ženy (6 %), se svěřily, že je nejvíce obtěžují problémy s pokožkou. Žádná z oslovených žen neuvedla jako problémovou oblast spánek, rodinný život ani jiné. Zároveň žádná z respondentek neoznčila, že by únik moči nenarušoval žádnou z oblastí jejího života.

Položka č. 29 – Opouštíte díky úniku moči svůj domov méně než dříve?

Tabulka č. 29 Ovlivnění aktivit

Ovlivnění aktivit	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	6	9
spíše ano	39	60
ne	2	3
spíše ne	18	28



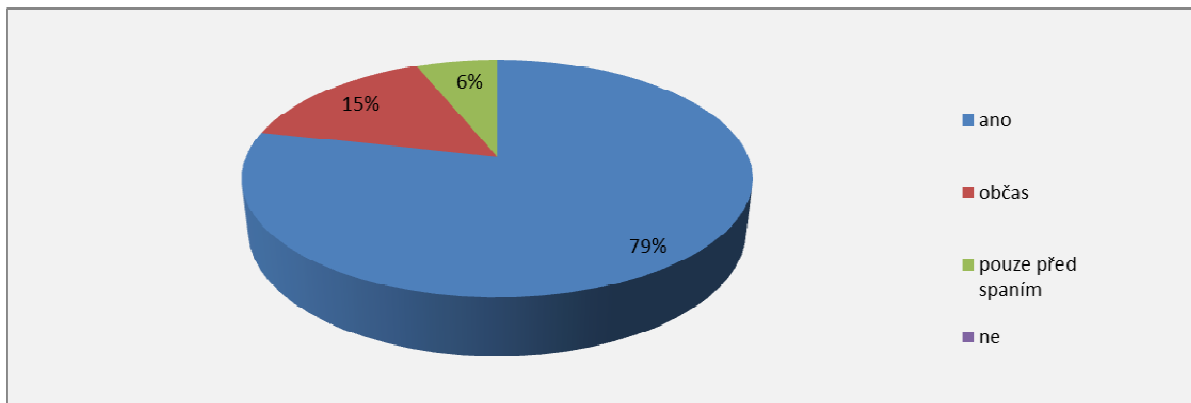
GRAF 29 Ovlivnění aktivit

Většina oslovených žen opouští díky úniku moči svůj domov méně než dříve. Odpověď ano zvolilo 6 respondentek (9 %) a odpověď spíše ano označilo 39 žen (60 %) z 65. Únik moči spíše neovlivnil opuštění domu u 18 žen (28 %) a zcela jistě neovlivnil pouze u 2 žen (3 %).

Položka č. 30 – Omezujete příjem tekutin?

Tabulka č. 30 Omezení příjmu tekutin

Omezení příjmu tekutin	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	51	78
občas	10	15
pouze před spaním	4	6
ne	0	0



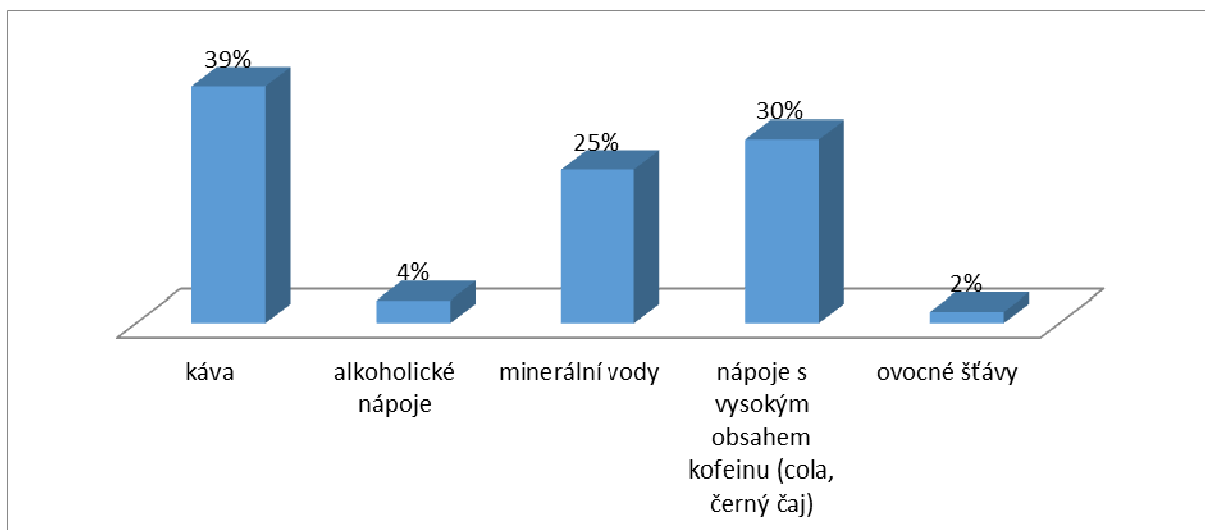
GRAF 30 Omezení příjmu tekutin

Všech 65 oslovených žen s únikem moči (100 %) přiznalo, že určitým způsobem omezuje svůj příjem tekutin. Celkem 10 respondentek (15 %) takto činí občas, 4 ženy (6 %) pouze před spaním a zbylých 51 žen (78 %) stále.

Položka č. 31 – Jaké nápoje jsou při močové inkontinenci nevhodné? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 31 Nevhodné nápoje při močové inkontinenci

Nevhodné nápoje při močové inkontinenci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
káva	63	39%
alkoholické nápoje	6	4%
minerální vody	41	25%
nápoje s vysokým obsahem kofeinu (cola, černý čaj)	49	30%
ovocné šťávy	3	2%



GRAF 31 Nevhodné nápoje při močové inkontinenci

Na otázku týkající se nevhodných nápojů při močové inkontinenci odpovídalo 65 oslovených žen, které měly možnost více odpovědí. Jako nejnevhodnější nápoj zvolily respondentky kávu. Ta byla označena celkem 63krát (39 %). Dalšími nevhodnými tekutinami byly nápoje s vysokým obsahem kofeinu (Cola, černý čaj), které byly vybrány 49krát (30 %) a minerální vody 41krát (25 %). Alkoholické nápoje byly jako nevhodné označeny pouze 6krát (4 %) a ovocné šťávy překvapivě 3krát (2 %).

8.5 VYHODNOCENÍ PŘEDPOKLADŮ

Výzkumné šetření bylo prováděno na urologické ambulanci Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. u 65 žen s močovou inkontinencí. Pro zmapování informovanosti a potřeb edukace u těchto žen, byly stanoveny celkem 4 výzkumné předpoklady.

Výzkumný předpoklad 1: Předpokládáme, že ženy s močovou inkontinencí nemají ucelené informace o dané problematice.

Stanovený předpoklad byl ověřen otázkami č. 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23 a 24. Šetření prokázalo, že 3 % oslovených žen neví, co znamená pojem močová inkontinence a 12 % respondentek neví, jakým druhem močové inkontinence trpí. Dále bylo zjištěno, že se 30 % oslovených žen domnívá, že příčinou úniku moči je pokročilý věk a 1 % žen chybně uvedlo, že příčinou úniku moči může být vysoký příjem tekutin. V otázce č. 13 odpovědělo 59% žen, že není dostatek dostupných informací o prevenci močové inkontinence. Pouze 29 % respondentek uvedlo, že množství těchto informací je dostatečné, ale zároveň 37 % z nich uvedlo, že si tyto informace obstaraly samy a pouze 63 % je obdrželo od zdravotníků (37 % od sestry, 21 % od lékaře, 5 % od fyzioterapeuta). Jako příčinu nedostatku těchto informací vnímá 60 % oslovených žen všeobecný nedostatek informací o prevenci močové inkontinence a 32 % žen uvedlo jako hlavní příčinu nezájem zdravotníků (21 % uvedlo nezájem sestry a 11 % nezájem lékaře). Dalších 8 % respondentek se domnívá, že hlavní příčinou je vytíženost ambulance.

V otázce č. 16 uvedlo 66 % oslovených žen, že není dostatek dostupných informací o léčebných možnostech močové inkontinence a 22 % žen potvrdilo dostatek těchto informací. Dalších 12 % respondentek odpovědělo, že neví. Na dotaz, zda ženy vnímají informovanost o možnostech léčby močové inkontinence od zdravotníků jako dostatečnou, odpovědělo 63 % záporně, 25 % žen uvedlo, že očekávalo více informací a pouze 12 % oslovených žen bylo spokojeno.

Otázka č. 21 zjistila, že 100 % oslovených žen používá absorpční pomůcky. Přehled o sortimentu těchto pomůcek má však pouze 12 % oslovených žen. Dalších 76 % žen zná jen ty pomůcky, které užívá a 12 % respondentek se svěřilo, že přehled o tomto sortimentu nemá. Dotaz č. 22 odhalil, že 37 % respondentek se nesprávně domnívá, že není rozdíl mezi absorpční a menstruační vložkou. Na dotaz, zda jsou inkontinenční pomůcky hrazeny zdravotní pojišťovnou, odpovědělo mylně 19 % žen, že spíše nejsou a 3 % žen, že nejsou hrazeny.

Výsledek dotazníkového šetření je v souladu se stanoveným předpokladem, kdy výzkum prokázal, že ženy trpící močovou inkontinencí nemají komplexní informace o této problematice.

Výzkumný předpoklad 2: Domníváme se, že je v rámci edukace nutné zaměřit se na režimová opatření u žen s močovou inkontinencí.

Dotazníkovým šetřením bylo prokázáno, že ženy s močovou inkontinencí jsou edukovány velmi povšechně. O režimových opatřeních vhodných jak k léčbě, tak k prevenci dané problematiky vědělo jen velmi málo dotazovaných žen. Výsledek dotazníkového šetření je v souladu se stanoveným předpokladem, což bylo potvrzeno otázkami č. 12, 18, 19, 20, 25, 30 a 31.

Protože většina respondentek problematiku úniku moči doposud řešila jen s obvodním lékařem, s gynekologem nebo sama, byla jim položena otázka č. 12, která zjišťovala, jaké možnosti v rámci léčby již respondentky absolvovaly. Celkem 52 % žen uvedlo, že zatím žádné léčebné metody neabsolvovaly. Dalších 23 % žen odpovědělo, že užívají léky k léčbě úniku moči (z rozhovoru s nimi víme, že převážně volně prodejně preparáty doporučené z TV reklam a tisku). A 7 % žen uvedlo jako léčebnou metodu dietní opatření. Z rozhovoru s nimi víme, že se vyhýbají kávě a alkoholu). Další 3 % respondentek, v kolonce jiné, uvedly jako léčebnou metodu „vločky“. Pouze 15 % žen řeší inkontinenci moči správně - cvičením.

Výzkumný předpoklad 3: Domníváme se, že ženy s močovou inkontinencí odkládají vyhledání odborné pomoci.

V otázkách č. 3, 9, 10, 11, 27, 28 a 29 většina dotazovaných žen potvrdila, že odkládala návštěvu lékaře. Tento výzkumný předpoklad byl v souladu s výsledky šetření.

Na otázku, jak hodnotí ženy svůj zdravotní stav, odpovědělo celkem 74 % žen, že jej hodnotí jako dobrý a 26 % žen jako špatný. Přesto žádná z těchto respondentek s únikem moči nevyhledala odborníka na tuto problematiku dříve než za 1 rok od vzniku obtíží. Konkrétně 95 % žen navštívilo odborníka za 1-5 let od vzniku inkontinence a 5 % žen za déle než 5 let.

Dotaz č. 10 zjišťoval, zda se ženy trpící únikem moči léčí s tímto problémem. Pouze 48 % žen uvedlo, že ano a 52 % uvedlo, že se neléčí. Zjistili jsme, že těchto 34 žen problematiku úniku moči řešila dosud jen s obvodním lékařem nebo vůbec a v naší ambulanci jsou velmi krátkou dobu- tudíž se zatím vyšetřují. Na dotaz, proč se tyto ženy s močovou inkontinencí ještě neléčí, odpovědělo 59 % žen, že z důvodu

studu. Dalších 32 % respondentek uvedlo jako hlavní důvod strach (slovně pak upřesnili, že mají strach z operačního výkonu, který považují jako hlavní léčebnou metodu jejich obtíží). Dalších 9 % žen se domnívalo, že únik moči „přejde sám“ a proto se neléčily.

V položce č. 27 byly inkontinentní ženy dotazovány, zda se cítí být omezovány v běžných aktivitách. Pouze 3 % žen uvedly, že je únik moči v běžných aktivitách neomezuje. Nejvíce narušenou oblastí života je, pro 45 % dotazovaných, psychika. Jako další narušenou oblast označily respondentky společenský život (20 %), pracovní oblast (17 %), sexuální život (12 %) a problémy s pokožkou (6 %). Narušený rodinný život či spánek nebyl zvolen žádnou s dotazovaných žen.

Otázka č. 29 pátrala po tom, zda inkontinentní ženy opouští svůj domov méně, než dříve (před projevy inkontinence). Celkem 60 % respondentek označilo odpověď spíše ano, 9 % odpověď ano a 28 % spíše ne. Pouze 3 % žen uvedla, že svůj domov neopouští méně, než před vznikem obtíží.

Výzkumný předpoklad 4: Předpokládáme, že více než polovina respondentek potvrdí efektivitu edukačního plánu.

Všechny ženy, které obdržely edukační materiál, ocenili získané informace. Některé respondentky mne oslovily a projevíly zájem o více informací, o další materiál, o názornou ukázkou cvičení a potvrdili jeho efektivitu. Výsledek rozhovoru s oslovenými ženami je v souladu se stanoveným předpokladem.

8.6 DISKUZE

Močová inkontinence je velmi rozšířeným problémem, který se objevuje především u žen středního a vyššího věku. Není to nemoc ve vlastním slova smyslu, ale příznak, který připadá mnoha postiženým ponižující a stává se tak velmi intimním problémem. I když únik moči neohrožuje na životě, jde o závažný, omezující, až invalidizující symptom s dalekosáhlými osobními, hygienickými, zdravotními, společenskými, profesionálními a ekonomickými důsledky. Přesto, že je to problém závažný, mnoho žen k němu přistupuje zdrženlivě. Některé únik moči tají, jiné zlehčují a považují jej za normální příznak, který se dostavil po porodu nebo v souvislosti s klimakteriem. Nežřídká jsou ženy přesvědčeny, že se s inkontinencí nedá nic dělat.

Přesto, že toto téma není v dnešní době již tak tabuizováno, stále je mnoho žen, které nemají ucelené informace o léčebných možnostech tohoto problému.

Výzkumného šetření, prováděného na urologické ambulanci Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., se zúčastnilo 65 respondentek trpících močovou inkontinencí. Nejpočetnější skupinu tvořily vyučené ženy nad 46 let bez maturitní zkoušky. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat informovanost žen s močovou inkontinencí a zároveň potřeby jejich edukace. Stanovily jsme si celkem 4 výzkumné předpoklady.

První výzkumný předpoklad si kladl za cíl zjistit, zda mají ženy trpící močovou inkontinencí ucelené informace o dané problematice. K potvrzení tohoto předpokladu bylo použito celkem 12 otázek – otázky č. 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23 a 24 (Příloha č. 1 Dotazník). Otázka č. 4 (Tabulka č. 4 Znalost močové inkontinence) zjišťovala, zda respondentky vědí, co je močová inkontinence. Celkem 63 z 65 oslovených žen odpovědělo správně, že močová inkontinence je nekontrolovatelný únik moči. Pouze 2 respondentky odpověděly nesprávně, že inkontinence moči je noční pomočování.

Ke zmapování informovanosti žen o problematice močové inkontinence byla využita i otázka č. 5 (Tabulka č. 5 Druh močové inkontinence), které zjišťovala, kterým druhem inkontinence dotazované trpí. Prokázalo se, že 27 žen z 65 trpí smíšenou inkontinencí, 21 stresovou, 9 urgentní a 8 žen nevědělo, jakým druhem úniku trpí. Vzhledem k tomu, že některé ženy přichází pro únik moči na urologickou ambulanci poprvé, nebyl její druh ještě stanoven. Přesto se zúčastnily dotazníkového šetření a zároveň projevily zájem další spolupráci.

Otázka č. 6 (Tabulka č. 6 Příčiny močové inkontinence) pátrala, zda ženy znají možné příčiny močové inkontinence. V této otázce mohly dotazované označit více odpovědí. Nejvíce žen si myslí, že únik moči je způsoben pokročilým věkem. Čemuž nasvědčuje mnohdy laxnější přístup žen ve vyšším věku. Tyto považují inkontinenci jako „přirozený“ proces stárnutí. Což zmiňuje i Chmel (31) a apeluje zde na edukační přístup lékařů a sester právě k těmto ženám, které se mylně domnívají, že únik moči je nedílnou součástí procesu stárnutí a proto mnohdy odbrnou pomoc buď nevyhledají nebo k léčbě nepřistupují s potřebnou důsledností. Dalších 49 žen považuje obezitu za příčinu močové inkontinence, což může být přínosné pro jejich následnou edukaci zaměřující se na snížení nadváhy, režimová opatření a posilování vhodných svalových skupin včetně svalstva pánevního dna, s čímž se shoduje i Hořčíčka (11). Fyzickou námahu jako příčinu úniku moči označilo 41 žen, onemocnění močového měchýře

28 žen, jiná onemocnění 17 žen a těhotenství 6 žen. Chybně považují 3 oslovené ženy vysoký příjem tekutin za možnou příčinu inkontinence. Tyto ženy, jak uvádí i Mašata (26), se úmyslně vyhýbají příjmu tekutin a tím zhoršují nejen své problémy s močovou inkontinencí, ale i svůj zdravotní stav dehydratací, zácpou a dalšími obtížemi. Tyto ženy je nutné poučit o správném režimu příjmu tekutin, o vhodných nápojích a rizicích dehydratace.

Otázkou č. 13 bylo zjišťováno, zda si ženy vnímají informovanost o prevenci močové inkontinence jako dostatečnou (Tabulka č. 13 Dostupnost informací o prevenci močové inkontinence). Více než polovina dotazovaných žen (38 z 65) si myslí, že není dostatek informací o prevenci močové inkontinence. Totéž uvádí i Krofta, Feyereisl (21). Naopak 19 žen z 65 oslovených se domnívá, že informovanost na toto téma je dostatečná a 8 respondentek neví nebo se o tyto informace nezajímá. Výsledek šetření nás ujistil v tom, že i přes množství informací na téma močové inkontinence, stále ženy nemají dostatek dostupných materiálů. Což bylo motivací k vytvoření edukačního letáku, který jsme našim respondentkám nabídli.

Navazující otázka č. 14 (Tabulka č. 14 Zdroj informací) poukazovala na zdroj výše zmíněných informací o prevenci močové inkontinence. Z celkem 19 žen, které se domnívaly, že je informovanost na toto téma dostatečná, 7 z nich uvedlo, že si tyto informace obstaraly samy. Dalších 7 žen obdrželo zmiňované informace od sestry, 4 od lékaře a 1 od fyzioterapeuta. Toto zjištění se jeví jako neuspokojující a je zřejmé, že míra informovanosti žen není dostatečná. Vzhledem k vytíženosti pracoviště by bylo vyhovující vytvořit informační materiál pro tyto pacientky, který bude volně přístupný například v čekárně, a umožní tak ženám získat potřebné, komplexní a jednotné informace o dané problematice. Touto metodou lze proces edukace zjednodušit a urychlit, výhodou je, že ženy získají možnost prostudovat si tyto informace v klidu doma, opakovaně se k určitým tématům vracet a při návštěvě lékaře na tyto získané informace navazovat, což vidí jako výhodné i Venglářová, Mahrová (38).

Na otázku č. 15 (Tabulka č. 15 Příčiny nedostatku informací), která pátrá po příčině nedostatečné informovanosti žen o prevenci močové inkontinence, odpovědělo 65 žen. Celkem 23 z nich uvedlo jako hlavní příčinu všeobecný nedostatek informací pro veřejnost. Dalších 8 žen si myslí, že hlavním důvodem je nezáměr sestry, 4 ženy uvedly nezáměr lékaře a 3 vytíženost ambulance. Toto zjištění je velmi alarmující, jak již uvádí Venglářová, Mahrová (38) ve své knize. Ztotožňují se s jejich

názorem, že pokud pacientky vnímají negativní přístup nebo nezáměr ze strany zdravotníků, vzniká tak začarovaný kruh, kdy pacientky nespolupracují, nedůvěřují a mnohdy přestávají zdravotnické zařízení navštěvovat. Což může být důvodem ke zvolení neadekvátní samoléčby, ke které mnoho žen přistupuje.

Podobně jako v předchozích otázkách jsme se i v otázce č. 16 (Tabulka č. 16 Dostatek dostupných informací o léčebných možnostech močové inkontinence u žen) zaměřili na informovanost žen s močovou inkontinencí o léčebných možnostech. Celkem 43 z 65 dotázaných uvedlo, že tuto informovanost vnímají jako nedostatečnou. Dalších 14 oslovených žen si myslí, že je informovanost na téma léčebné možnosti močové inkontinence dostatečná a zbylých 8 žen neví nebo se nezajímá. Domnívám se, že důvodem tohoto tvrzení je nemožnost nebo neschopnost pacientek získávat množství informací, které se nachází na internetu. Tyto ženy jsou převážně vyššího věku a mají ztížené podmínky získávání informací, které se v běžném tisku a televizi vyskytují jen zřídka, s čímž se ztotožňuje i Romančík (33). Zároveň většina respondentek uvedla v otázce č. 17 (Tabulka č. 17 Dostatečná informovanost o možnostech léčby močové inkontinence od zdravotníků), že od zdravotníků neobdržely dostatek informací o léčebných možnostech močové inkontinence. Konkrétně 41 žen uvedlo, že neobdrželo dostatek zmíněných informací, 16 žen očekávalo více informací a pouze 8 žen bylo spokojeno s množstvím informací. Domnívám se, že by bylo vhodné zřídit v čekárně urologické ambulance prostor vyhrazený pro edukační materiál, který zde klientky mohou postrádat. Přínosné jsou též televizní programy, zaměřené na určitá témata, vysílané přímo v čekárnách lékařů. Dále je nezbytné tyto klientky v rámci kontextu časových možností ambulantního provozu a svých kompetencí informovat.

Otázka č. 21 prokázala, že všechny respondentky používají absorpční pomůcky (Tabulka č. 21 Používání absorpčních pomůcek). V další otázce č. 22 bylo zjišťováno, zda ženy vnímají rozdíl mezi menstruační a inkontinenční vložkou (Tabulka č. 22 Rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči). Z 65 oslovených žen celkem 41 ví, že je mezi nimi rozdíl a 24 žen se domnívá, že mezi těmito pomůckami není rozdíl.

Na dotaz č. 23, zda mají pacientky přehled o sortimentu absorpčních pomůcek, odpovědělo pouze 8 z 65 oslovených žen, že přehled má, dalších 49 žen uvedlo, že zná pouze ty pomůcky, které užívají, a 8 žen uvedlo, že přehled v tomto sortimentu nemá. Jak uvádí Sochorová (35), je nezbytné informovat ženy nejen o tom, že je nutné

používat absorpční pomůcky, ale pomoci jim zorientovat se v široké škále tohoto sortimentu, který se liší nejen vzhledem, ale i kapacitou zadržené moči. Dále by žena měla být upozorněna na to, že vložka menstruační není pro tyto účely vhodná. Menstruační vložka slouží k záchytu menstruační krve, která má hustší konzistenci než moč a svojí strukturou se tak liší od vložky absorbující moč. Vložky, nebo plenkové kalhotky určené pro záchyt moči mají speciální absorpční jádro, obsahující krystalky, které se při styku s močí promění v želatinu. Některé druhy vložek mají v krystalcích navíc přísadu, která zbaví vložku charakteristického zápachu moči. Tato hygienická pomůcka je tedy velmi spolehlivá a diskrétní.

Otázka č. 24 pátrala, zda ženy vědí, že zdravotní pojišťovny přispívají na absorpční pomůcky (Tabulka č. 24 Hrazení absorpčních pomůcek zdravotní pojišťovnou). Celkem 12 oslovených žen z 65 si myslí, že jsou absorpční pomůcky hrazeny zdravotními pojišťovnami, 39 žen se domnívá, že jsou tyto pomůcky hrazeny pouze částečně, 12 žen uvedlo, že spíše hrazeny nejsou a 2 ženy si myslí, že tyto pomůcky pojišťovny nehradí. Přestože všechny ženy z dotazníkového šetření používají absorpční pomůcky, některé z nich neví, že jim mohou být předepisovány na poukaz nejen praktickým lékařem, ale i specialistou a to nejvýše na dobu 3 měsíců. Pojištěncům v ústavní péči a v odborných léčebnách pojišťovna tyto pomůcky nehradí. Preskripce vložek a kalhotek je v České republice definována zákonem (zákon č. 48/1997 Sb.), ve kterém, vzhledem k úhradě savých pomůcek ze zdravotního pojištění, jsou stanovena maximální množství na časový interval. Pro potřeby preskripce je inkontinence rozdělena do tří stupňů podle množství uniklé moči. Zákon počítá se spoluúčastí pacienta, neboť množství pomůcek na časové období není dostatečné a pacient si musí určité množství dokupovat. Proto by bylo vhodné apelovat na lékaře, aby pacientky s těmito informacemi seznámili, jak uvádí Hořčíčka (12).

Cílem druhého výzkumného předpokladu bylo zjistit, zda je nutné zaměřit se v rámci edukace na režimová opatření. K potvrzení tohoto předpokladu bylo použito celkem 7 otázek (Příloha č. 1 Dotazník). Otázka č. 12 zjišťovala, jaký druh léčby respondentky absolvovaly (Tabulka č. 12 Využití možností léčby). Nejvíce dotazovaných žen (40 z 65) zatím žádnou léčbu úniku moči neabsolvovaly. Jedná se převážně o nově příchozí pacientky, které přichází na doporučení praktického lékaře nebo z vlastní vůle a právě u těchto žen předpokládáme další spolupráci ve smyslu edukace. Tyto klientky ještě nedisponují dostatkem informací, a proto jim nabízíme vlastní edukační materiál a motivujeme je k další vzájemné spolupráci v boji s močovou

inkontinencí. Dalších 5 žen odpovědělo, že v rámci léčby močové inkontinence dodržují dietní opatření v kombinaci s dalším druhem konzervativní léčby. Poučení o zdravé životosprávě, o nevhodnosti kouření, o redukci hmotnosti (je-li to nutné) a pitném režimu, uvádí i Morgensternová (28). Operační léčbu úniku moči neoznačila žádná z respondentek, zatímco užívání léků k léčbě úniku moči označilo 17 žen. Medikamentózní léčba, jak uvádí Zámečník, Macek (43), neměla být metodou první volby. Mnohé pacientky přichází do naší ambulance a tyto léky již užívají, aniž by byly vyšetřeny lékařem specialistou a aniž by posilovaly svalstvo pánevního dna, které bývá při pravidelném a dlouhodobém provozování velmi efektivní. Posilování svalstva pánevního dna označilo pouze 11 z 65 žen. Proto považují za velmi přínosné všechny ženy s únikem moči, je-li pro ně toto cvičení vhodné, edukovat a ke cvičení motivovat.

V otázce č. 18, která zjišťovala, zda bylo respondentkám posilování svalstva pánevního dna doporučeno (Tabulka č. 18 Doporučení posilování svalstva pánevního dna), odpovědělo 52 z 65, že ano a 13 žen odpovědělo, že nebylo. Následující otázka pátrala, po tom, kým bylo toto cvičení ženám doporučeno (Tabulka č. 19 Osoba, která doporučila posilování svalstva pánevního dna). Nejvíce žen (28 z 65) odpovědělo, že začaly cvičit samy, dalších 13 žen zmínilo, že jim toto cvičení doporučeno nebylo, 12 žen uvedlo, že jim bylo posilování doporučeno sestrou, 10 ženám cvičení doporučil lékař a 2 ženy uvedly pracovníka rehabilitace/fyzioterapeuta. Nejvíce žen začalo toto cvičení cvičit z vlastní iniciativy. Je zřejmé, že tyto ženy mají zájem nejen o informace, ale i o léčebné metody a jsou ochotné pravidelně cvičit a vyhnout se tak užívání léků i operačnímu výkonu. A je zážející, že 13 ženám nebyla tato metoda doporučena, ani nevěděly, že je vhodné ji provozovat, což stejně jako Veselský (41) považují za nedostatek.

V otázce č. 20 bylo odhaleno, jakou formou bylo respondentkám posilování svalstva pánevního dna doporučeno (Tabulka č. 20 Forma doporučení o posilování svalstva dna pánevního). Nejvíce žen odpovídalo, že jim bylo cvičení doporučeno formou letáku nebo odkazu na internetové stránky. Pouze 11 žen uvedlo, že jim bylo toto cvičení vysvětleno. S tohoto zjištění usuzuji, že ambulantní provoz nedovoluje pacientky edukovat v potřebné míře. Pokud bude žena provádět cviky sama, bez odborného dohledu, může je provádět nesprávně, a tudíž se nedostaví očekávaný efekt. Proto bych považovala za žádoucí, aby ženě byla nabídnuta možnost individuální nebo skupinové konzultace včetně cvičení pod odborným dohledem, a tak měla

možnost ujistit se, že provádí cviky správně. Což bohužel není běžnou praxí vzhledem k prostorové, finanční, kapacitní i personální situaci. Pouze 1 z 65 oslovených žen měla možnost cvičit s rehabilitačním pracovníkem. Zbylých 13 žen zmínilo, stejně jako v předchozích otázkách, že jim toto cvičení doporučeno nebylo. Ztotožňují se s názorem Juřeníkové (15), která uvádí, že nejefektivnější metodou edukace je kombinace vysvětlení a názorného předvedení. Edukant v té chvíli vnímá obsah sdělení více smysly najednou, což má lepší efekt na pochopení i na zapamatování. Nezbytné je však zkontrolovat zpětnou vazbu (dotazem nebo pobídnutím k názorné ukázce), pochopil-li edukovaný obsah sdělení.

Otázka č. 25 vyšetřovala, kdo ženám pomáhal při volbě absorpčních pomůcek (Tabulka č. 25 Pomoc při volbě vhodné absorpční pomůcky). Více než polovina dotazovaných žen (49 z 65) uvedla, že jim byl při volbě absorpčních pomůcek nápomocen lékař nebo sestra, další 3 ženy se poradily v lékárně a 13 žen uvedlo, že jim nebyl nápomocen nikdo. Bohužel nebylo předmětem zkoumání, z jakého důvodu nebyl respondentkám nikdo při výběru nápomocen. Lze předpokládat, že právě tyto ženy, z důvodu nevědomosti nebo studu, používají místo inkontinenčních pomůcek pomůcky menstruační. Proto, jak uvádí Hořčíčka (12), i výběr těchto speciálních pomůcek a pomoc ženám zorientovat se v široké škále jejich nabídky spadá do kompetencí zdravotníků příslušného oboru.

Otázka č. 30 vyšetřovala, zda dotazované ženy omezují z důvodu močové inkontinence příjem tekutin (Tabulka č. 30 Omezení příjmu tekutin). Bylo zjištěno, že všechny oslovené ženy tento příjem omezují s čímž se ztotožňuje i Fejfarová, Košková (5). Celkem 51 z 65 oslovených žen omezuje příjem tekutin trvale, 10 žen občas a 4 ženy omezují tento příjem pouze před spánkem. Což opět poukazuje na nedostatečnou informovanost žen, které se mylně domnívají, že snížením příjmu tekutin svému stavu prospějí a úniky moči zmírní. Dle Chmela (13), je třeba apelovat na dodržování pitného režimu těchto žen, které by měli vypít alespoň 2 litry / 24 hodin, v menších dávkách, spíše doma, ne na cestách a přibližně 3 hodiny před spánkem pití omezit. Ženy by také měly být informovány, aby se vyvarovaly nevhodných tekutin, jako je káva, čaj, alkohol, kola a sycené nápoje. Tyto vědomosti ověřovala otázka č. 31 (Tabulka č. 31 Nevhodné nápoje při močové inkontinenci), kde měly dotazované ženy tyto nevhodné tekutiny označit. Nejčastěji volily ženy kávu a nápoje s vysokým obsahem kofeinu (káva, černý čaj), což je správně. Chybně označilo 41 žen jako nevhodný nápoj minerální vodu a 3 respondentky ovocné šťávy. Pouze 6 žen uvedlo,

že je nevhodné při močové inkontinenci požívat alkoholické nápoje. Tyto odpovědi opět svědčí o nedostatečné informovanosti a nutnosti zaměřit se na edukaci režimových opatření u žen s močovou inkontinencí.

Třetí výzkumný předpoklad odhaloval, zda ženy s močovou inkontinencí odkládají vyhledání odborné pomoci. K tomuto zjištění bylo využito celkem 7 otázek z dotazníkového šetření (otázky č. 3, 9, 10, 11, 27, 28 a 29). Otázka č. 3 poukazuje na to, jak oslovené ženy vnímají vlastní zdravotní stav (Tabulka č. 3 Zdravotní stav respondentek). Celkem 48 z 65 žen odpovědělo, že jej vnímají jako dobrý a 17 žen jako špatný. Možnosti velmi dobrý ani velmi špatný nebyly vybrány. Otázka č. 10 pátá, zda se ženy léčí s močovou inkontinencí (Tabulka č. 10 Léčba močové inkontinence). Celkem 31 z 65 oslovených žen uvedlo, že se léčí s únikem moči a 34 žen se s inkontinencí neléčí. Právě tyto ženy navštěvují urologickou ambulanci teprve krátce a jejich problematika je ve stádiu diagnostiky. V otázce č. 27 respondentky uváděly, zda je inkontinence omezuje v běžných aktivitách (Tabulka č. 27 Omezení v běžných aktivitách). Pouze 2 ženy z 65 uvedly, že je únik moči v běžných aktivitách neomezuje, zatímco 26 žen se cítí omezeno stále a 37 žen pouze občas. Což nasvědčuje tomu, že i když inkontinence moči není život ohrožující onemocnění, jedná se o velmi závažný zdravotní, sociální, psychický i ekonomický problém. Což uvádí i Kolombo (17).

Otázka č. 11 měla osvětlit, z jakého důvodu se inkontinentní ženy s únikem moči neléčí (Tabulka č. 11 Důvod nevyhledání léčby). Více než polovina respondentek (38 z 65) přiznala, že se za tento problém stydí, dalších 21 žen uvedlo, že nevyhledali lékaře ze strachu a 6 žen z 65 doufá, že „to přejde samo“. Žádná z oslovených žen neuvedla, že by jí únik moči nevadil. V otázce č. 9 se projevilo, po jaké době od objevení úniku moči, vyhledaly respondentky odbornou pomoc (Tabulka č. 9 Vyhledání odborné pomoci). Téměř všechny ženy (62 z 65) odkládaly návštěvu lékaře 1-5 let a 3 ženy více než 5 let. Toto negativní zjištění nebylo překvapující. Ženy s únikem moči trpí často pocity méněcennosti, cítí se trapně a se svým problémem se stydí svěřit. Souhlasím se Sochorovou (35), která uvádí, že k ženám s močovou inkontinencí je nutné přistupovat empaticky, dostatečně s nimi komunikovat, nejen odborně vše vysvětlit ale i poradit a být pro ně oporou z lidské stránky.

I když na toto téma existuje osvěta, zejména na internetových stránkách a v odborných časopisech, většina starších lidí internet nevyužívá a běžný tisk se touto tematikou toliko nezabývá. Proto by nemělo být téma močové inkontinence opomíjeno.

Praktičtí lékaři a gynekologové by měli dbát na dostatečné množství materiálů k této problematice, měli by aktivně komunikovat se ženami a směřovat je v případě potřeby na specializovaná pracoviště.

Výzkumný předpoklad byl podpořen otázkou č. 28 zjišťující, kterou oblast života žen močová inkontinence narušuje nejvíce (Tabulka č. 28 Oblast života narušená močovou inkontinencí). Téměř polovina respondentek (29 z 65) uvedla, že únik moči nejvíce narušuje jejich psychiku. Společenský život narušuje inkontinence 13 ženám, pracovní oblast 11 ženám, sexuální život 8 ženám. Problémy s pokožkou jako následek úniku moči obtěžují celkem 4 ženy. Oblasti rodinného života, spánku a jiné nebyly využity. Žádná z dotazovaných neuvedla, že by únik moči nenarušoval její život, přesto více než tři čtvrtiny žen odkládaly návštěvu lékaře 1-5 let od vzniku problému. Zjištění, že únik moči nejvíce narušuje psychiku postižené osoby se shoduje se Zachovalem (42).

Zda ženy opouští domov vlivem močových obtíží méně než dříve, zkoumala otázka č. 29 (Tabulka č. 29 Ovlivnění aktivit). Více než polovina žen (39 z 65) uvedla spíše ano, 6 žen uvedlo ano, 18 žen spíše ne a pouze 2 ženy uvedly, že únik moči je v tomto smyslu neovlivňuje. Toto zjištění opět potvrzuje závažnost močové inkontinence a apeluje na nutnost léčby.

8.7 NÁVRH OPATŘENÍ

Doporučením pro praxi je větší motivace praktických lékařů a gynekologů, vyhledávat a edukovat v rámci primární prevence ženy potencionálně rizikové (vyšší věk, nadváha, únik moči v rodině, atd.). V ordinacích těchto lékařů by měla být zajištěna dostatečná a komplexní informovanost žen o prognóze onemocnění, jeho biopsychosociálních dopadech, o léčebných možnostech, o nabídce inkontinečních pomůcek včetně jejich preskripci lékařem a směřovali by inkontinentní ženy na odborná pracoviště. Právě multioborová spolupráce (mezi rehabilitací, gynekologií a urologií) je v péči o tyto pacientky nepostradatelná. V rámci osvěty by měli být rozmístěny v čekárnách lékařů TV programy, edukační materiály, nástěnky s nabídkou přednášek a cvičení zaměřujících se na prevenci vzniku močové inkontinence a na její léčbu. Abych i já mohla přispět k vyšší informovanosti žen, vytvořila jsem

informativně - edukační materiál pro ženy a nabídla jej k dispozici všem svým respondentkám.

Přínosem by mohlo být například zavedení preventivního screeningového programu u praktických lékařů jako součást preventivních prohlídek a u gynekologů jako součást gynekologických prohlídek u žen v období klimakteria.

Dalším doporučením je větší informovanost žen všech věkových kategorií o zdravém životním stylu, aktivním pohybu, potažmo o pravidelném posilování svalstva pánevního dna, které značnou měrou přispívá nejen k zachování zdraví ale i k prevenci vzniku močové inkontinence. Například v rámci rodinné výchovy na základních školách.

Dále více medializovat tuto problematiku nejen na internetu, ale i v televizi a běžném tisku, tak aby byli informace dostupné ženám napříč věkovou škálou a dosáhlo se tak větší otevřenosti u žen o tomto problému hovořit, odbourání studu a včasného vyhledání odborné péče.

Důležitou úlohu v této problematice hraje empatie, psychická podpora, trpělivost a schopnost naslouchat, která by v přístupu k této problematice měla být samozřejmostí. Protože jen tak lze získat důvěru žen a dále je tak motivovat k spoluúčasti na léčbě a převzetí zodpovědnosti za své zdraví.

8.8 ZÁVĚR

Inkontinence moči i přes dnešní efektivní léčebné metody zasahuje ženám do všech oblastí života. Přesto, že jsou dnešní ženy o této problematice informovány, není tato informovanost dostatečná a je nutné s nimi o tomto problému hovořit, odbourávat jejich stud a profesionálně je na toto téma edukovat.

Bakalářská práce na téma „Problematika močové inkontinence u žen“, je členěna do dvou částí, a jejím účelem je zmapovat informovanost a potřeby edukace žen s únikem moči. Teoretická část je zaměřena na anatomii a fyziologii ženského močového ústrojí, dále poukazuje na problematiku onemocnění, diagnostiku, léčbu a prevenci. Poslední součástí teoretické části je terminologie edukace, která je nedílnou součástí činnosti každé sestry. Pochopení této terminologie může výrazně zlepšit pohled pacienta na danou problematiku.

Ve výzkumné části, která je zaměřena na edukaci respondentek, jejichž život je zasažen tímto psychicky náročným symptomem, byly stanoveny celkem tři cíle.

1. Zmapovat informovanost žen s močovou inkontinencí.

2. Zmapovat potřeby edukace u žen s močovou inkontinencí.

3. Vytvořit edukační plán a zmapovat význam edukačního plánu.

Na základě dotazníkového šetření, které zjišťovalo informovanost žen s močovou inkontinencí a reálnou situaci v péči o ně, byl vytvořen edukační materiál, který byl nabídnut k dispozici respondentkám dotazníkového šetření. Tyto ženy byly po určité době osloveny za účelem zmapování významu edukačního plánu a potvrdili jeho efektivitu. Cíle bakalářské práce byly splněny. Předpokládáme, že tato práce objektivně nahlédla na problematiku ženské močové inkontinence a edukační materiál, který klientky hodnotily kladně, bude využit v praxi jako prospěšná pomůcka v boji s tímto problémem.

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BRÉDOVÁ, Petra, Martina KOHÚTOVÁ. *Rehabilitační program u inkontinence, volba pomůcek*. Florence, 2012, roč. 8, č. 12. ISSN 1801464X.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. Praha: Grada, 3. vyd., 2013. ISBN 978-80-247-3817-8.
3. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Praha: Grada, 3. vyd., 2002. ISBN 80-247-0143-X.
4. ELIŠKOVÁ, Miloslava, Ondřej NAŇKA. *Přehledová anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.
5. FEJFAROVÁ, Milena, Alena KOŠKOVÁ. *Křížit nohy – nestačí!* Diagnóza, 2012, roč. 8, č. 2. ISSN 1801-1349.
6. FEYEREISL, Jaroslav, Jan ZMRHAL, Marie BABIČKOVÁ. *Gymnastika svalů pánevního dna*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007.
7. FEYEREISL, Jaroslav. *Gymnastika svalů pánevního dna*. [online]. Incoforum, o. s., 2013 [cit. 10. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.incoforum.cz/uvod/gymnastika-svalu-panevniho-dna/>
8. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Ošetřovatelský proces u klientů s těžkou formou inkontinence*. Ošetřovatelská péče. 2012, roč. 3., č. 2, ISSN 2336-1603.
9. GIBLO, Vladimír, Miroslav LOUDA, Jaroslav PACOVSKÝ. *Porovnání chirurgické a farmakologické léčby inkontinence*. Urologie pro praxi, 2011. ISSN 1213-1768.
10. HALAŠKA, Michael, a kol. *Urogynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.

11. HOŘČIČKA, Lukáš, a kol. *Konzervativní terapie ženské močové inkontinence*. Časopis lékařů českých. 2005. č. 3. ISSN 1803-6597.
12. HOŘČIČKA, Lukáš. *Inkontinenční – absorpční prostředky*. [online]. Interní medicína pro praxi. 2013. ISSN-1803-5256. [cit. 17. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/01/09.pdf/>
13. CHMEL, Roman. *Ženská močová inkontinence-nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2279-8.
14. CHROBÁK, Ladislav, a kol. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 2. vydání. Grada, 2003. ISBN 80-247-0609-1.
15. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2171-2.
16. KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-627-7.
17. KOLOMBO, Ivan, a kol. *Stresová inkontinence u žen*. Urologie pro praxi. 2008, roč. 9, č. 6. ISSN 1213-1768.
18. KOLEKTIV AUTORŮ. *Inkontinence v ČR 2013*. [online]. Incoforum, o. s., 2013, [cit. 10. 8. 2014]. Dostupné z: http://www.incoforum.cz/wpcontent/uploads/2013/07/Brozura_CZ_FINAL.pdf/
19. KOUTNÁ, Zdeňka. *Inkontinence moči u žen*. Sestra. 2012, roč. 22, č. 5. ISSN 1210-0404.

20. KRAHULEC, Pavel. *Rehabilitace svalů pánevního dna*. [online]. Zdravi.e15.cz, 2010. [cit. 8. 9. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/prilohalekarskelisty/rehabilitace-svalu-panevniho-dna-155223/>
21. KROFTA, Ladislav, Jaroslav FEYEREISL. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2280-4.
22. MAGUROVÁ, Dagmar, Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.
23. MARTAN, Alois, a kol. *Inkontinence moči u žen*. 2. rozš.vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1.
24. MARTAN, Alois, a kol. *Nové operační postupy v urogynéologii - Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-348-0.
25. MARTAN, Alois. *Inkontinence u žen*. [online]. Výukový portal 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovi v Praze. Praha, 2014. [cit. 16. 10. 2014]. Dostupné z: <https://el.lf1.cuni.cz/gpmartan1a/>
26. MAŠATA, Jaromír. *Urogynéologické obtíže u žen*. Pacientské listy. 2012. Roč. 59., č. 17. ISSN 1214-7664.
27. MIKLICA, Jan. *Nemoci ženského močového traktu z pohledu urogynéologa*. [online]. Urologie pro praxi. 2006. [cit. 17. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/05/06.pdf/>
28. MORGENSTERNOVÁ, Jana. *Inkontinence moči u žen: Konzervativní léčba*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2012. Roč. 8. ISSN 1801-1349.

29. MZČR, *Zákon č. 48/1997 sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. [online]. 2014. [cit. 4. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zakon-c109/2014-sb-kterym-se-meni-zakon-c592/1992-sb-o-pojistnem-na-veri-9245-2439-11.html/>
30. NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
31. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
32. ROB, Lukáš, Alios MARTAN, Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
33. ROMANČÍK, Martin. *Inkontinencia moči u žien-jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2009. ISBN 978-80-89171-61-3.
34. RUMMENEY, Ernst. J., P. REIMER, W. HEINDEL. *Ganzkörper*. 2. vydání. Herausgeber, 2006. ISBN 9783131250124.
35. SOCHOROVÁ, Nataša. *Urologická problematika v praxi*. Olomouc: SOLEN, 2008. ISBN 978-80-254-3699-8.
36. ŠKRLA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*, Advent: Orion s r.o., 2003. ISBN 80-7172-841-1.
37. ŠOTTNER, Oldřich. *Inkontinence moči u žen*. [online]. Pacientské listy 7/2010. [cit.23.6. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/inkontinence-moci-u-zen-451050/>
38. VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

39. VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.
40. VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.
41. VESELSKÝ, Zbyněk. *Vybrané kapitoly z urologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-86087-61-0.
42. ZACHOVAL, Roman. *Poruchy kontinence*. [online]. Interaktivní urologie. 2012. [cit. 17. 8. 2014]. Dostupné z: http://old.cus.cz/img/docs/internet/kapitoly/3stupen/obecna_urologie3/kontinence3.htm/
43. ZÁMEČNÍK, Libor, Petr MACEK. *Moderní farmakoterapie v urologii*. Praha: Maxdorf, s.r.o. 2012. ISBN 978-80-7345-276-6.

10 SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1 Věk respondentů
- Tabulka č. 2 Vzdělání respondentek
- Tabulka č. 3 Zdravotní stav respondentek
- Tabulka č. 4 Znalost močové inkontinence
- Tabulka č. 5 Druh močové inkontinence
- Tabulka č. 6 Příčiny močové inkontinence
- Tabulka č. 7 Počet porodů
- Tabulka č. 8 Výskyt úniku moči
- Tabulka č. 9 Vyhledání odborné pomoci
- Tabulka č. 10 Léčba močové inkontinence
- Tabulka č. 11 Důvod nevyhledání léčby
- Tabulka č. 12 Využití možností léčby
- Tabulka č. 13 Dostupnost informací o prevenci močové inkontinence
- Tabulka č. 14 Zdroj informací
- Tabulka č. 15 Příčiny nedostatku informací
- Tabulka č. 16 Dostatek dostupných informací o léčbě močové inkontinence u žen
- Tabulka č. 17 Dostatečná informovanost o léčbě močové inkontinence od zdravotníků
- Tabulka č. 18 Doporučení posilování svalstva pánevního dna
- Tabulka č. 19 Osoba, která doporučila posilování svalstva pánevního dna
- Tabulka č. 20 Forma doporučení o posilování svalstva dna pánevního
- Tabulka č. 21 Používání absorpčních pomůcek
- Tabulka č. 22 Rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči
- Tabulka č. 23 Přehled o sortimentu absorpčních pomůcek pro ženy
- Tabulka č. 24 Hrazení absorpčních pomůcek zdravotní pojišťovnou
- Tabulka č. 25 Pomoc při volbě vhodné absorpční pomůcky
- Tabulka č. 26 Vliv úniku moči na psychiku
- Tabulka č. 27 Omezení v běžných aktivitách
- Tabulka č. 28 Oblast života narušená močovou inkontinencí
- Tabulka č. 29 Ovlivnění aktivit
- Tabulka č. 30 Omezení příjmu tekutin
- Tabulka č. 31 Nevhodné nápoje při močové inkontinenci

11 SEZNAM GRAFŮ

- GRAF 1 Věk respondentů
- GRAF 2 Vzdělání respondentek
- GRAF 3 Zdravotní stav respondentek
- GRAF 4 Znalost močové inkontinence
- GRAF 5 Druh močové inkontinence
- GRAF 6 Příčiny močové inkontinence
- GRAF 7 Počet porodů
- GRAF 8 Výskyt úniku moči
- GRAF 9 Vyhledání odborné pomoci
- GRAF 10 Léčba močové inkontinence
- GRAF 11 Důvod nevyhledání léčby
- GRAF 12 Využití možností léčby
- GRAF 13 Dostupnost informací o prevenci močové inkontinence
- GRAF 14 Zdroj informací
- GRAF 15 Příčiny nedostatku informací
- GRAF 16 Dostatek dostupných informací o léčbě močové inkontinence u žen
- GRAF 17 Dostatečná informovanost o léčbě močové inkontinence od zdravotníků
- GRAF 18 Doporučení posilování svalstva pánevního dna
- GRAF 19 Osoba, která doporučila posilování svalstva pánevního dna
- GRAF 20 Forma doporučení o posilování svalstva dna pánevního
- GRAF 21 Používání absorpčních pomůcek
- GRAF 22 Rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči
- GRAF 23 Přehled o sortimentu absorpčních pomůcek pro ženy
- GRAF 24 Hrazení absorpčních pomůcek zdravotní pojišťovnou
- GRAF 25 Pomoc při volbě vhodné absorpční pomůcky
- GRAF 26 Vliv úniku moči na psychiku
- GRAF 27 Omezení v běžných aktivitách
- GRAF 28 Oblast života narušená močovou inkontinencí
- GRAF 29 Ovlivnění aktivit
- GRAF 30 Omezení příjmu tekutin
- GRAF 31 Nevhodné nápoje při močové inkontinenci

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Faktory ovlivňující močovou inkontinenci

Příloha č. 3: Fyzikální vyšetření a klinické testy

Příloha č. 4: Endoskopické vyšetřovací metody – kalibrace močové trubice
a ureterocystoskopie

Příloha č. 5: Zobrazovací vyšetřovací metody- diagnostika močové inkontinence

Příloha č. 6: Problematika urodynamického vyšetření

Příloha č. 7: Konzervativní léčba inkontinence moči

Příloha č. 8: Operační léčba močové inkontinence

Příloha č. 9: Přehled absorpčních pomůcek

Příloha č. 10: Pomůcky zajišťující trvalou derivaci moči

Příloha č. 11: Dotazník I-QoL a pitná a mikční karta

Příloha č. 12: Brožura-Nestyďte se řešit únik moči

Příloha č. 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Ilona Hofmanová a jsem studentkou 3. ročníku ošetrovatelství, oboru všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci a na závěr studia zpracovávám bakalářskou práci na téma problematika močové inkontinence u žen.

Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Pokud v dotazníku není uvedeno jinak, označte vždy jen jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas.

Ilona Hofmanová

1. Uveďte, kolik je Vám let.

- a) 20-35
- b) 36-45
- c) 46-60
- d) 61 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučena bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské

3. Jak byste hodnotila svůj zdravotní stav?

- a) velmi dobře
- b) dobře
- c) špatně
- d) velmi špatně

4. Močová inkontinence je?

- a) zástava močení
- b) noční pomočování
- c) nekontrolovatelný únik moči
- d) časté močení

5. Jakým druhem močové inkontinence trpíte?

- a) nevím
- b) stresovou
- c) urgentní
- d) smíšenou
- e) reflexní
- f) neurogenní
- g) paradoxní
- h) absolutní

6. Čím může být způsobena inkontinence moči? (možnost více odpovědí)

- a) pokročilý věk
- b) těhotenství
- c) fyzická námaha
- d) obezita
- e) velký příjem tekutin
- f) onemocnění močového měchýře
- g) jiným onemocněním („cukrovka“, mozková mrtvice, neurologické onemocnění)

7. Kolikrát jste rodila (přirozenou cestou)?

- a) 0 x
- b) 1 x
- c) 2-3 x
- d) 4 x a více

8. Kdy se únik moči objevil?

- a) nevím
- b) po porodu
- c) po klimakteriu (po „přechodu“)
- d) po břišní operaci či gynekologické operaci
- e) nepozoruji souvislost úniku moči s uvedenými událostmi
- f) jiné (uved'te)

9. Po jaké době od objevení inkontinence moči jste vyhledala odbornou pomoc?

- a) ihned
- b) do 1 roku
- c) 1-5 let
- d) 5 a více let
- e) nevyhledala

10. Léčíte se s inkontinencí moči?

- a) ano
- b) ne

11. Pokud se neléčíte, z jakého důvodu?

- a) bojím se
- b) stydím se
- c) únik moči mi nevadí
- d) doufám, že „to přejde samo“
- e) jiné (uveďte).....

12. Co jste v rámci léčby již absolvovala? (možnost více odpovědí)

- a) dietu
- b) cvičení
- c) léky
- d) operaci
- e) jiné metody (uveďte)

13. Myslíte si, že je dostatek dostupných informací o prevenci močové inkontinence u žen?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nezajímám se

14. Pokud jste v předchozí otázce (č. 12) odpověděla ano, uveďte, kdo Vám tyto informace poskytl.

- a) lékař/lékařka
- b) sestra
- c) lékárník
- d) fyzioterapeut, pracovník na rehabilitaci
- e) obstarala jsem si je sama
- f) jiné (uveďte).....

15. Pokud jste v otázce č. 12 odpověděla ne, kde si myslíte, že je příčina?

- a) nezáměřím lékaře
- b) nezáměřím sestry
- c) neměla jsem o informace zájem
- d) všeobecný nedostatek informací pro veřejnost
- e) jiné (uveďte).....

16. Myslíte si, že je dostatek dostupných informací o léčebných možnostech močové inkontinence u žen?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nezajímám se

17. Obdržela jste od zdravotníků dostatek informací o možnostech léčby močové inkontinence?

- a) ano
- b) očekávala jsem více informací
- c) ne

18. Bylo Vám v rámci léčby doporučeno posilování svalstva pánevního dna?

- a) ano
- b) ne

19. Kým Vám bylo doporučeno posilování svalstva dna pánevního?

- a) lékařem/lékařkou
- b) sestrou
- c) pracovníkem rehabilitace, fyzioterapie
- d) začala jsem cvičit sama
- e) nebylo mi doporučeno

20. Jakou formou Vám bylo doporučeno posilování svalstva dna pánevního?

- a) brožura, leták, odkaz na internetové stránky, CD se cvičením
- b) vysvětlení
- c) cvičila jsem se sestrou
- d) cvičila jsem s rehabilitačním pracovníkem
- e) jiné (uved'te).....

21. Používáte absorpční pomůcky (vložky, plenkové kalhotky)?

- a) ano, více než 1x denně
- b) ano, maximálně 1x denně
- c) ne

22. Domníváte se, že je nějaký rozdíl mezi menstruační vložkou a vložkou pro únik moči?

- a) ano
- b) ne

23. Máte přehled o sortimentu absorpčních pomůcek pro ženy s únikem moči?

- a) ano
- b) znám jen ty, které používám
- c) ne

24. Jsou podle Vás absorpční pomůcky hrazeny zdravotní pojišťovnou?

- a) ano, jsou hrazeny
- b) ano, jsou částečně hrazeny
- c) spíše nejsou hrazeny
- d) nejsou hrazeny

25. Kdo Vám pomáhal při volbě vhodné absorpční pomůcky?

- a) lékař / lékařka nebo sestra
- b) lékárník
- c) rodina, přátelé
- d) nikdo

26. Působí únik moči negativně na Vaši psychiku?

- a) ano
- b) občas
- c) ne

27. Omezuje Vás únik moči v běžných aktivitách?

- a) ano
- b) občas
- c) ne

28. Kterou oblast vašeho života narušuje únik moči nejvíce?

- a) spánek
- b) problémy s pokožkou
- c) rodinný život
- d) sexuální život
- e) pracovní oblast
- f) společenský život
- g) psychiku
- h) žádnou
- i) jiné (uved'te).....

29. Opouštíte díky úniku moči svůj domov méně než dříve?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

30. Omezujete příjem tekutin?

- a) ano
- b) občas
- c) pouze před spaním
- d) ne

31. Jaké nápoje jsou při močové inkontinenci nevhodné? (možnost více odpovědí)

- a) káva
- b) alkoholické nápoje
- c) minerální vody
- d) nápoje s vysokým obsahem kofeinu (kola, černý čaj)
- e) ovocné šťávy

Příloha č. 2: Faktory ovlivňující močovou inkontinenci

- **Dědičnost**- žena, jejíž matka nebo sestra trpí inkontinencí má až 3x vyšší riziko vzniku inkontinence.
- **Pohlaví**- inkontinence, zvláště pak stresová, je častější u žen než u mužů.
- **Rasa**- ženy bílé pleti jsou více náchylné ke stresové inkontinenci než afroameričanky nebo asijské ženy.
- **Anatomické, neurologické a svalové abnormality**- variabilita anatomické stavby pánevního dna, vrozené vady dělohy a močové trubice, píštěle, kongenitální neurologické poruchy (spina bifida), úrazy mozku a míchy.
- **Těhotenství a porody**- mohou způsobit poškození struktur pánevního dna a inervaci svěrače a zvyšují tak riziko vzniku inkontinence.
- **Chirurgický zákrok a radioterapie v oblasti pánve**- způsobují nervová a svalová poškození související se vznikem inkontinence.
- **Obezita**- zvyšuje intraabdominální tlak, poškozuje struktury pánevního dna a tím zvyšuje riziko vzniku inkontinence. Ženy s obezitou trpí 4,2x více stresovou inkontinencí a 2,2x více urgentní inkontinencí než ženy s normální hmotností.
- **Chronická zácpa**- může vyvolat neuromuskulární poškození pánevního dna se vznikem neuropatie a inkontinence nebo močovou retenci s následnou inkontinencí z přetékání.
- **Výživa a životní styl**- nedostatek pohybu, nebo naopak nadměrná fyzická námaha způsobující jednostranné přetížení, dráždivé potraviny a nápoje (kořeněná jídla, káva, černý čaj, alkohol, sycené nápoje) mají negativní vliv na kontinenci.
- **Chronický kašel a kouření**- kuřáčky díky chronickému kašli trpí inkontinencí 2-3x častěji než nekuřáčky.
- **Léky**- některé léky i drogy se mohou přímo či nepřímo podílet na narušení kontinence (alkohol, diuretika, ACE inhibitory, antihypertenziva ze skupiny alfa-blokátorů, analgetika, anticholinergika, antacida, aj.).
- **IMC**- až 25% akutních infekcí močových cest je spojených s inkontinencí moče.
- **Neurologické onemocnění** - RS, Parkinsonova choroba.
- **Věk**- výskyt močové inkontinence se zvyšuje s přibývajícím věkem. Ve stáří

obvykle klesá kapacita MM, zhoršuje se kvalita struktur a funkcí pánevního dna.

- **Mentální postižení**- demence a poruchy kognitivních funkcí jsou spojeny s vyšším výskytem inkontinence.
- **Komorbidity, zhoršená mobilita, vlivy prostředí** (např. rozmístění nábytku) mají též vliv na schopnost udržení moči.

(16, 18, 21)

Příloha č. 3: Fyzikální vyšetření a klinické testy

- **Frovisův test** je používán k objektivnímu průkazu nechtěného úniku moči při stresových manévrech. Po naplnění MM močí (zhruba 200 ml) je žena vyzvána k rozkročení nohou, pokrčení nohou v kolenou a zakašlání. Tato pozice vede k vyřazení funkce pánevního svalstva. V případě úniku moči je test hodnocen jako pozitivní. Vhodné je podložit pacientku absorpční pomůckou.
- Dále se používá **Marshallův test**, kdy se ženě během cystoskopického vyšetření naplní močový měchýř 200 ml fyziologického roztoku a poté je vyzvána k zakašlání. Pokud pacientce při zakašlání uniká moč, poukazuje tento test na stresovou inkontinenci.
- Pro kvantifikaci inkontinence používáme velice jednoduché pomocné vyšetření **Pad-wieght test** - test vážení vložek nebo plen. Během tohoto vyšetření pacientka vypije určené množství tekutiny, vykonává činnosti, o nichž víme, že provokují únik moči. V závěru testu si pacientka zváží vložky nebo pleny za určitý časový interval. Nárůst hmotnosti absorpčních pomůcek udává míru inkontinence. Obvykle se provádí jedno nebo dvouhodinový test.
- Další využívanou metodou je **Q-tip test**, během kterého se do močové trubice zavede navlhčená vatová štětička či pevná cévka, pacientka je vyzvána k zatlačení na močení nebo ke kašli a pozoruje se změna úhlu štětičky, čímž lze prokázat hypermobilitu uretry jako možnou příčinu úniku moči.

(16, 25, 35)

Příloha č. 4: Endoskopické vyšetřovací metody – kalibrace močové trubice a ureterocystoskopie

Kalibrace močové trubice se provádí za aseptických podmínek pomocí kalibrační sondy, která je na konci opatřena kónickými kalibrovanými olivkami. Při tomto vyšetření se měří průměr uretry. Touto diagnostickou metodou lze prokázat případné zúžení, které může ovlivňovat únik moči. (16, 41)

Uretrocystoskopie je endoskopickou vyšetřovací metodou k vyšetření močové trubice a močového měchýře. Provádí se pomocí flefibilního oprického přístroje, cystoskopu, za aseptických podmínek. Indikací k tomuto vyšetření je hematurie, nevyjasněné močové obtíže, chronické infekce močových cest nejasné etiologie, podezření na nádor dolních močových cest, cizí těleso v močové trubici či močovém měchýři. Pomocí tohoto vyšetření lze vyloučit přítomnost nádoru močového měchýře, který může být příčinou zvýšeného dráždění receptorů ve stěně močového měchýře, urgencí a urgentní inkontinence. (17, 37)

Příloha č. 5: Zobrazovací vyšetřovací metody- diagnostika močové inkontinence

ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ

Ultrazvuk patří k základním diagnostickým vyšetřovacím metodám při urologických problémech. Jde především o ultrazvuk ledvin, močových cest a močového měchýře. Vyšetření lze provádět přes stěnu břišní (transabdominální ultrazvuk), přes oblast hráze a rozkroku (perineální a introitální ultrazvuk) a speciální vaginální sondou přes pochvu (transvaginální ultrazvuk). Při transabdominálním vyšetření se posuzuje velikost, tvar a uložení ledvin. Lze vyloučit přítomnost nádoru, konkrementu nebo městnání moče v ledvinách. U močového měchýře lze změřit tzv. reziduum neboli zbytková moč po vymočení, dále síla jeho stěny a také je možné zhodnotit přítomnost vychlipky, konkrementu nebo nádoru. Funkční sonografie dolních močových cest introitálním, perineálním či transvaginálním přístupem slouží k posouzení pozice a pohyblivosti hrdla močového měchýře. Tato metoda je účelná k posouzení typu inkontinence (stresová inkontinence má typické změny úhlů, které svírá močový měchýř a močová trubice a zvýšenou pohyblivost hrdla měchýře a močové trubice při stresových manévrech).

(16, 17, 41)

VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE (COMPUTED TOMOGRAPHY, CT)

Je radiologická vyšetřovací metoda, která pomocí rentgenového záření umožňuje kvalitní zobrazení vnitřních orgánů. V současnosti se využívá technologie spirálového CT pro posouzení parenchymu u nádorů ledvin, včetně uzlin a eventuálních nádorových trombů a traumat. Výhodou je software pro 3D rekonstrukci dutého prostoru při pátrání po nádorech horních močových cest nebo cév ledviny. (14, 34)

MAGNETICKÁ REZONANCE (MR, MRI)

Metoda magnetické rezonance na rozdíl od výpočetní tomografie či klasického rentgenu nevyužívá účinků rentgenových paprsků. Orgány lidského těla jsou

zobrazovány na základě jejich chování v silném magnetickém poli. MR má praktický stejnou rozlišovací schopnost jako CT. Jeho výhodou je, že nezatěžuje pacienty ionizačním zářením a má lepší kontrast měkkých tkání. Využívá se při předchozích neobjasněných diagnostikách (14, 34)

Příloha č. 6: Problematika urodynamického vyšetření

Urodynamické vyšetření se provádí u pacientů s úniky moči, při častém močení ve dne a v noci, při zhoršeném vyprazdňování močového měchýře (oslabený, přerušovaný proud moči, zbytková moč v měchýři po vymočení) a dále při mikčních potížích po poranění páteře nebo u pacientů s neurologickým onemocněním (např. RS). V diagnostice močové inkontinence patří k základním metodám, které stanoví, o kterou poruchu se jedná. Určí, zda je problém v plnicí či vypuzovací fázi močového měchýře nebo v obou najednou. Efektivita tohoto vyšetření spočívá ve stanovení přesné diagnózy, na kterou lze následně navázat účinnou terapii. Vlastní vyšetření začíná provedením **uroflowmetrie**.

Při tomto neinvazivním vyšetření se pacient vymočí do speciální toalety, která umožňuje změřit maximální a průměrnou rychlost průtoku moči, vymočený objem i délku močení. Získané údaje jsou zpracovány počítačem do mikční křivky. K posouzení funkce příčně pruhovaného kruhového svěrače močové trubice při močení jsou snímány EMG potenciály z okolí konečníku pomocí nalepovacích elektrod (snímá se tak vlastně aktivita celého pánevního dna, jehož jsou oba svěrače součástí). (14, 16, 32)

Poté se pokračuje **plnicí a mikční cystometrií**. Při tomto vyšetření se nejprve zavede do močového měchýře pacienta speciální tenká cévka a provede se její fixace k zevnímu genitálu. Následuje zavedení tlakového balónkového snímače do konečníku. Rektální katétr se fixuje napuštěním balónku fyziologickým roztokem. (10)

Vyšetření se provádí, v takové poloze, ve které pacient přirozeně močí – v poloze vsedě. Následně se přes močovou cévku plní močový měchýř fyziologickým roztokem zahřátým na tělesnou teplotu a pomocí přístroje se měří tlakové změny v MM a v konečníku. Zaznamenává se množství plnicí tekutiny a všechny změny, které v průběhu plnění v močovém měchýři probíhají. Jedná se o poměrně technicky náročné vyšetření, které vyžaduje dobrou spolupráci pacienta. Pacient na požádání zakašle (čímž zapojí břišní lis a zvýší se nitrobřišní tlak) a udává pocit prvního, normálního a silného nucení na močení. Na závěr se pacient opět vymočí do speciálního WC, ale tentokrát se zavedenými katétry v močovém měchýři i v konečníku. Vyšetření je zakončeno **profilometrií**. Močová cévka se automatickým přístrojem povytahuje z močového měchýře a přístroj měří tlakové poměry v močové trubici a v oblasti svěračů. (10, 32)

Další možností je naplnění močového měchýře fyziologickým roztokem

přes močovou cévku na polovinu jeho maximální kapacity. Pacient je následně vyzván ke kašli a dalším aktivitám, které zvyšují nitrobřišní tlak (stresové manévry). Během úkonu se pečlivě sleduje zevní ústí močové trubice a zaznamenávají se tlaky v močovém měchýři, při kterých dojde k úniku moči. (16)

Jelikož mívají ženy z tohoto vyšetření veliké obavy, je nezbytné, aby byly řádně informovány o postupu vyšetření a instruovány o nutné spolupráci během jednotlivých fází vyšetření. S každou pacientkou se musí jednat individuálně s ohledem na její stud a psychiku.

Příprava klientky na toto vyšetření je v kompetenci sestry a zahrnuje především kvalitní informovanost. Žena musí být na vyšetření řádně zavodněna, 3 dny před vyšetřením by neměla užívat léky ovlivňující mikci, a pokud má zavedený permanentní močový katétr, musí jej alespoň 3 hodiny před vyšetřením zaštípnout. Dále by měla být pacientka řádně vyprázdněna, například zavedením čípku do konečníku. Z důvodu prevence zanesení infekce do močových cest užívá pacientka před i po vyšetření krátkodobě antibiotika. Je přínosné, pokud pacient k vyšetření donese vyplněnou mikční kartu. (8, 35)

Celé vyšetření trvá v průměru asi 1 hodinu, provádí se ambulantně a je nebolestivé. Určitá nepohoda vyplývá z nutnosti zavedení katetru do močového měchýře a snímače tlaku do konečníku. Vzhledem k povaze vyšetření je však kladen velký důraz na intimitu vyšetření a respekt k vyšetřovanému pacientovi. Po skončení urodynamického vyšetření může být pocit pálení či řezání při močení. Ženě je doporučen zvýšený pitný režim a je informována o tom, že tyto potíže spontánně vymizí během 1-2 dnů. Pokud potíže neustanou nebo se objeví zimnice, třesavky, zvýšené teploty, bolesti v podbříšku, zhoršující se pálení a bolest při močení, měla by ihned vyhledat lékaře. (5, 14)

Příloha č. 7: Konzervativní léčba inkontinence moči

ÚPRAVA ŽIVOTNÍHO STYLU

Mnoho pacientů trpících úniky moči omezuje příjem tekutin, čímž si mohou způsobit řadu zdravotních problémů. Doporučuje se dodržovat pitný režim během dne a regulovat příjem tekutin večer před spaním, aby se omezilo močení v noci. Mezi vhodná opatření u pacientů s příznaky hyperaktivního močového měchýře a urgentní inkontinencí patří omezení příjmu dráždivých potravin a nápojů (kořeněná jídla, káva, černý čaj, alkohol, sycené nápoje a limonády). (8, 11)

U žen se stresovou inkontinencí je v případě obezity nutná redukce tělesné hmotnosti, nezbytná je léčba a prevence chronické zácpy přijímáním stravy bohaté na vlákninu. Také léčba chronického kašle a případné ukončení kouření. (5)

GYMNASTIKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

Pokud je gynekologem stanovena jasná indikace k posilování svalstva dna pánevního, doporučuje se ženě provádět Kegelovi cviky a další doplňující cviky, které jsou základní konzervativní metodou léčby stresové inkontinence, i hyperaktivního močového měchýře. Překážkou však může být nedostatečná motivace žen a nemožnost zkontrolovat si, zda cvičení provádějí správně. Ženy jsou často odkázány, aby cvičily samy podle brožury, kterou dostaly. Optimální je odeslat pacientku k fyzioterapeutovi, který se cvičením svalů dna pánevního zabývá. Ten ženu informuje a dohlíží na správné provádění všech cviků, které pak bude postižená doma pravidelně a v sériích cvičit. Efekt léčby přitom závisí především na pravidelném a dlouhodobém posilování správných svalových skupin. (1, 6)

Nácvik gymnastiky pánevního dna je individuální záležitostí. Umožňuje pracovat s každou ženou zvlášť a přizpůsobit se jejím potřebám a možnostem. Poskytuje také prostor k navázání kvalitního vztahu mezi pacientkou a terapeutem. Terapii je vhodné doplnit různými cvičebními pomůckami (overball, gymnasticball) nebo využít skupinovou léčebnou tělesnou výchovu, kde se klientka setkává s více ženami se stejným problémem. Terapie ve skupině zlepšuje motivaci žen a pomáhá jim

pochopit, že nejsou se svým problémem samy. Pokud nemáme k dispozici kontakt na fyzioterapeuta, pak je vhodné instruovat ženu, jak správně cvičení provádět. Nápomocny mohou být pacientkám nejen brožury s obrázky, ale například DVD s instruktážními videi, dokonce i speciální kurzy cvičení. (1, 7)

Pokud se pacientka naučí cviky, k posilování svalstva dna pánevního, provádět správně a pravidelně, může po určité době očekávat, že problémy s udržení moči vymizí nebo se únik moči do určité míry zlepší. Toto cvičení je velmi efektivní, u nás je však v léčbě inkontinence zatím poněkud podceňováno. Mělo by být pravidlem, že každá žena, která trpí únikem moči, absolvuje nejprve tuto konzervativní léčebnou metodu. Fyzioterapie svalstva pánevního dna se doporučuje také jako prevence vzniku stresové inkontinence ženám, které opakovaně rodily nebo jsou dlouhodobě vystaveny nadměrné fyzické zátěži. (6, 20)

Kegelovy cviky lze nacvičovat buď přímo při močení nebo mimo něj. Nacvičování spočívá v rytmickém zatínání svalstva a jejich následném uvolňování. Cvičení by měla žena provádět alespoň třikrát denně v sérii 30 až 40 stahů. Zpočátku by mělo jít o krátké stahy a postupně by se jejich délka měla prodlužovat až na 10 vteřin. Nacvičování těchto cviků při močení spočívá v postupném utlumení proudu moče. Je však důležité správně dýchat a nezatínat jiné svalové skupiny (např. břišní, stehenní).

Jen při správné technice cvičení lze ovládnout správnou skupinu svalů. Další metodou, jak nalézt správnou skupinu svalů, je vložit prst do pochvy a snažit se zatínat svaly. (1, 20)

NÁCVIK MOČENÍ (též mikce podle hodinek, trénink močového měchýře, bladder drill)

Další konzervativní metodou je nácvik močení. Jedná se o jednoduchou techniku, která může pomoci osobám s hyperaktivním močovým měchýřem a urgentní inkontinencí k tomu, aby se naučili zmírnit pocit nucení na močení. Cvičení funguje na principu zadržování většího množství moči po delší dobu a postupném prodlužování času mezi návštěvami toalety. Cílem tréninku je snížit potřebu močení na každé tři až čtyři hodiny. Pacient si při tréninku vede mikční kartu. (16, 17)

Intravaginální pomůcky

Mezi metody cvičení svalů pánevního dna patří i různé intravaginální pomůcky. K nejznámějším patří bezesporu Venušiny kuličky, dále to jsou poševní kónusy různé váhy a plastové koule, které si žena vkládá do pochvy a snaží se je udržet, aby došlo k vytvoření reflexního stahu svalů pánevního dna. Správná činnost svalů vede k zadržení kónusů zatímco neschopnost kvalitní kontrakce vede k vyklouznutí či vypuzení kónusů. Tyto metody jsou vhodné pro pacientky se stresovou i urgentní inkontinencí. (17, 35)

- **Colpexin**

Kolpexin je plastová kulička, kterou si žena zavádí do pochvy. Slouží k posilování svalů pánevního dna. (17)



Zdroj: (Kolombo, 2008)

- **Vaginální kónusy**

Jedná se o závaží tvaru tampónu různé hmotnosti, která si pacientka vkládá do pochvy. Protože závaží má tendenci vyklouznout, musí žena stahovat svaly pánevního dna, čímž je posiluje. Po určité době, až je bez problému v pochvě udrží, jsou měněny za závaží o větší hmotnosti. Musí se nosit denně po dobu 20 minut. Příznivé výsledky léčby jsou udávány asi v 50 % případů. (11, 16, 33)



Zdroj: (Kolombo, 2008)

ELEKTRICKÁ STIMULACE

Jedná se o užitečnou terapii úniku moči, která v kombinaci se cvičením pánevního dna, biofeedbackem, medikamentózní terapií a tréninkem močového měchýře dosahuje dobrých výsledků. Elektrostimulace není metoda pouze pasivní a může mít různé podoby. Například elektrostimulační přístroj Pericalm, s programy pro stresovou, urgentní a smíšenou inkontinenci i na úlevu od bolesti pracuje s vaginální sondou, prostřednictvím které se aktivuje svalstvo. Po zavedení sondy a výběru programu se zvyšuje pouze intenzita do doby, kdy žena cítí výraznou, ne však nepříjemnou aktivaci svalů. Cvičí se 1x denně po dobu 25-35 minut. Přístroj si pacientka může zakoupit, vypůjčit, nebo pravidelně docházet do ambulance. (16, 25)

Stollerova aferentní neurostimulace (SANS)

Stollerova aferentní neurostimulace využívá stimulace tibiálního nervu za vnitřním kotníkem pomocí tenké jehlové elektrody. Patří mezi konzervativní metody léčby pacientů s příznaky hyperaktivního močového měchýře. Jedná se o nejdostupnější minimálně invazivní elektrostimulační metodou léčby hyperaktivního močového měchýře. Stoller popisuje efekt u 89% ze 100 pacientek. Její hlavní výhodou je minimální invazivita, absence nežádoucích účinků a minimální ekonomické náklady. Jednou z nevýhod je poměrně dlouhá doba nástupu účinků (asi 6-8 týdnů). Lze ji využít v ambulantním i v domácím prostředí. (25, 28)

Transvaginální nebo transrektální neurostimulace

Je nepřímou elektrostimulační metodou nervosvalových struktur pánevního dna, močové trubice a svaloviny močového měchýře. Využívá vaginálně nebo rektálně zavedené sondy, která přijímá elektrické impulsy z kapesního přístroje. Tento typ fyzikální terapie se doporučuje využít u pacientek, kde byla prokázána nulová nebo minimální kontrakční schopnost pánevního dna. Pro léčení stresové inkontinence moči jsou nejvhodnější frekvence kolem 50 Hz, které stimulují svalstvo pánevního dna. Efekt stimulace je způsoben hlavně kontrakcí příčně pruhovaného svalstva. Stimulace se provádí po dobu 20 – 30 dnů 30 minut denně. V literatuře se udává pozitivní efekt této metody u stresové inkontinence až v 60%. Tento efekt přetrvává individuálně dlouho a samotná metoda lze kombinovat s ostatními druhy konzervativní léčby. (17, 25)

Transkutánní elektroneurostimulace nervus pudendus (TENS-P)

Tato metoda využívá elektrické stimulace dostředivých drah nervus pudendus. Provádí se prostřednictvím povrchových elektrod nalepených na malé stydké pysky. Léčba probíhá ve dvou sezeních denně v délce asi 20 minut, nejvyšší tolerovaná intenzita se pohybuje mezi 30-50 mA. (28)

FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

V léčbě urgentní inkontinence a hyperaktivního močového měchýře je hlavní metodou farmakoterapie. Zlatý standard pak představují parasymptolytika (anticholinergika, antimuskarinika). Zatímco možnosti farmakologické léčby stresové inkontinence moči jsou dosti omezené. Ke zmírnění příznaků stresové inkontinence se v minulosti podávaly a stále ještě podávají přípravky, jejichž užívání není pro tuto indikaci schváleno. Patří mezi ně hormonální substituční léčba, alfa-sympatomimetika nebo tricyklická antidepresiva. V roce 2004 byl v členských zemích Evropské unie schválen k užívání v klinické praxi preparát Duloxetin, určený cíleně k léčbě stresové inkontinence moči. (23, 33, 43)

Minimálně invazivními metodami léčby močové inkontinence je aplikace látek do močového měchýře, do svaloviny močového měchýře nebo pod sliznici močové trubice. (25)

Intravezikální instilace látek

U pacientů, kteří vyprazdňují močový měchýř čistou intermitentní katetrizací, může ke zklidnění jeho hyperaktivity, k potlačení urgencí a úniků podávat parasymptolytika (oxybutynin, propiverin) přímo do močového měchýře. Zvyšuje se tak jejich účinnost a snižuje se výskyt nežádoucích účinků, které se objevují při perorálním podání. (9, 25)

Intradetrúzorová aplikace botulotoxinu

U vyšetřených pacientů s urgentní inkontinencí nereagující na konzervativní léčbu je indikována aplikace botulotoxinu do svaloviny močového měchýře

(tzv. detruzoru). Botulotoxin je za cystoskopické kontroly aplikován tenkou jehlou přímo do svaloviny měchýře, kde vyvolává relaxační efekt, nárůst kapacity měchýře a zlepšení kvality života. Zatím však u nás byly publikovány pouze první zkušenosti z vybraných urologických pracovišť. (16, 25)

Podslizniční transuretrální instalace látek do oblasti hrdla

Minimálně invazivní metodou léčby stresové inkontinence moči je aplikace látek (Urodex, Deflux, dříve kolagen, teflon, tuk) tenkou jehlou pod sliznici močové trubice. Cílem je uzavřít průsvit močové trubice a zabránit tak úniku moči, aniž by se zabránilo vymočení. Účinnost této léčby se pohybuje kolem 60 %. Jde o bezpečnou, dobře tolerovanou, snadno opakovatelnou léčbu při navracejících se epizodách inkontinence. Nejvhodnějšími kandidátkami na tuto léčbu jsou starší ženy v celkově špatném stavu. Vzhledem k minimální zátěži mohou podstoupit aplikaci opakovaně a v případě selhání mohou zvolit jinou chirurgickou léčbu. Pacientky je nutné informovat, že účinnost je limitovaná a má tendenci s časem klesat. (17, 25)

Příloha č. 8: **Operační léčba močové inkontinence**

Transobturatorní tahuprostá páska (TOT) je výkon, při kterém se zavádí syntetická nevstřebatelná páska pod močovou trubici a je vyvedena prostorem kolem dolních ramen stydké kosti do oblasti třísel. K založení TOT jsou indikovány pacientky, u kterých přetrvává stresová inkontinence i po šesti měsících konzervativní léčby. Implantace pásky má za následek zabránění úniku moči při tzv. stresových manévrech, u kterých se zvyšuje nitrobřišní tlak, tlak v močovém měchýři a močové trubici a dochází k úniku moči.

Beztahová páska (TVT) je obdobný miniinvazivní zákrok, kdy se implantuje syntetická nevstřebatelná páska pod močovou trubici a vyvede se prostorem za stydkou kostí do oblasti podbřišku.

Závěsné suprapubické operace jsou zákroky, během kterých se hrdlo močového měchýře včetně horní poloviny močové trubice speciálními nevstřebatelnými stehy zavěsí k vazům symfýzy. Nejrozšířenější operací je otevřená Burchova kolpopexie.

Transvaginální suspenze hrdla měchýře - jedná se o zákrok, kdy se z vaginálního přístupu spirálovitě založí silonový steh v místě uretrovezikálního spojení do přepážky mezi stydkou kostí, močovou trubicí a močovým měchýřem a pomocí speciálních jehel se vyvede do abdominální incize.

Sling operace - jedná se o zákrok, kdy se do smyčky autologní (pruhy z abdominální nebo femorální fascie) nebo heterologní (syntetické materiály) zavěsí uretrovezikální spojení tak, aby byla uretra komprimována a nedocházelo k úniku moči.

Umělý svěrač močové trubice- nejčastějším důvodem k jeho založení je stresová inkontinence, poranění svěrače močové trubice, inkontinence po úrazech svěrače močové trubice nebo po úrazech páteře a míchy.



Augmentace močového měchýře se provádí u pacientů s urgentní inkontinencí na podkladě velmi nízké kapacity močového měchýře, která nedovolí zadržení


přijatelného množství moči. Jedná se o zvětšení močového měchýře střeavním úsekem (žaludek, tenké střevo).

Náhrady močového měchýře ze střeva se provádí zcela výjimečně u pacientů s minimální kapacitou močového měchýře. Jedná se o jeho kompletní náhradu rezervoárem ušitým ze střevního segmentu. Tento nový měchýř pacient vyprazdňuje intermitentní katetrizací nebo je vyveden přes stěnu břišní jako stomie, ze které je odtékající moč jímána do stomického sáčku.

(16, 24)

Příloha č. 9: Přehled absorpčních pomůcek

Stupeň inkontinence	Druh pomůcky	Způsob úhrady pojišťovnou
<p>Stupeň inkontinence 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • používání pomůcek je nepravidelné • ztráty moči při stresových manévrech jsou menší než 30 ml • únik moči při kašli, smíchu, kýchnutí, zvedání těžkých předmětů 	<p>Vložky pro inkontinentní ženy</p> <ul style="list-style-type: none"> • liší se svými rozměry a sací schopností • povrch zůstává suchý, jsou vybaveny protipachovým absorbentem 	<p>Max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 550 Kč</p>
<p>Stupeň inkontinence 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • používání pomůcek je nutné při každém stresovém manévru • ztráty moče při stresovém manévru jsou 30-80 ml • k úniku dochází při změně polohy, při běhu, při chůzi do schodů, při lehké fyzické práci 	<p>Vložné pleny</p> <ul style="list-style-type: none"> • větší tvarované vložné pleny vhodné pro chodící pacienty 	<p>Max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 900 Kč</p>

	<p>Fixační prádlo</p> <ul style="list-style-type: none"> je vyrobeno z pružného úpletu – síťoviny nebo lycry – a slouží k pohodlnému uchycení ochranné pomůcky (vložky, pleny, kolektoru), je různé velikosti, lze je prát. Pouze užívá-li pacient vložky nebo pleny 	<p>Max. 24 ks ročně, nejvýše do 190 Kč – síťované</p> <p>Max. 2 ks s lyrou ročně, nejvýše do 190 Kč</p>
<p>Stupeň inkontinence 3</p> <ul style="list-style-type: none"> používání pomůcek je nutné trvale ztráty při stresových manévrech jsou větší než 80 ml únik moči nastává při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku moč uniká prakticky trvale 	<p>Plenkové kalhotky</p> <ul style="list-style-type: none"> můžeme rozlišit velikosti i absorpci <p>Typ 1 – je na bocích opatřen lepicími páskami a je vhodný u ležících pacientů</p>	<p>Max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 1400 Kč</p>

	 <p>Typ 2 – je opatřen pružným pasem, je vhodný pro mobilní pacienty</p> 	
--	--	--

Zdroj obrázků: (<http://moliklub.cz/home-cz/produkty/> ,
<http://www.tenacz.cz/zeny/vyrobky/sortiment-vyrobku/>)

Odborný lékař, v jehož péči je inkontinentní pacient, je povinen písemně informovat praktického lékaře pojištěnce o vyšetření a předepsání pomůcky. Pomůcky mohou být předepisovány na poukaz nejvýše na dobu 3 měsíců. Pojištěncům v ústavní péči a v odborných léčebnách pojišťovna tyto pomůcky nehradí. (17)

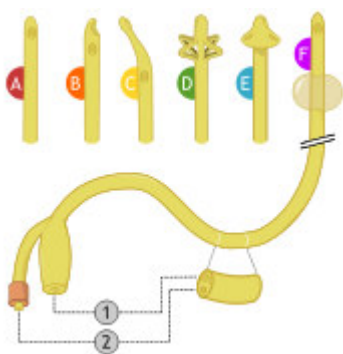
Příloha č. 10: Pomůcky zajišťující trvalou derivaci moči

Permanentní močový katetr (PMK)

Jedním z možných řešení úniku moči, může být její trvalá derivace močovou cévkou neboli permanentním močovým katétre. Tento způsob je vhodný pro polymorbidní pacienty se zhoršenou hybností, kteří nejsou indikováni k farmakoterapii ani operační léčbě nebo ji odmítají. Indikací k jeho zavedení je významné postmiktické reziduum, tedy významná zbytková moč v měchýři po vymočení, které není řešitelné jiným způsobem. Pokud se MM vyprazdňuje kompletně, ale u pacienta není plánována aktivní léčba, je vhodnější alternativou používání absorpčních pomůcek. Zavedení trvalého katétru může být mnohdy voleno jako levné a zjednodušující řešení u nevyšetřených pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a podobných zařízeních. (8, 33)

Toto řešení má své klady i zápory. Používání absorpčních pomůcek klade velké nároky na ošetrovatelskou péči u nepohyblivých pacientů, jinak dochází snadno k opruzeninám a proleženinám v oblasti zevního genitálu. Výhodou savých pomůcek je vyprazdňování močového měchýře normálním způsobem. Hlavní nevýhodou zavedeného močového katétru je trvalá přítomnost cizího tělesa v močových cestách, kolem kterého záhy vzniká biofilm a pacient je ohrožen častými močovými infekcemi. Výhodou je snadná manipulace s katetrem zahrnující pravidelné vylévání a vyměňování sběrného sáčku, pokud je na spád a každé tři týdny jeho pravidelná výměna sestrou. (8, 16)

V praxi se nejčastěji užívají tři druhy katetrů různých velikostí a průměrů. Na obalu katétru je uvedeno číslo velikosti (Charrierova stupnice, číslování French), u permanentních katetrů je uvedeno ještě navíc doporučené množství tekutiny, která slouží k naplnění fixačního balónku. Nelatonův katetr, který je rovný, se zavádí u dětí, u žen, a u mužů jen výjimečně. Tiemanův katetr je rovný se zahnutým kuželovitým zobákem a užívá se u mužů. Folleyův katetr je nejčastěji používaný k chronickému odvádění moče do sběrného sáčku. Může být plastový či silikonový a obsahuje balónek, který na naplní předepsaným množstvím fyziologického roztoku za účelem fixace v močovém měchýři. (16, 33)



Typy katétrů

A: Nelatonův, B: Couvelaireův,
C: Thiemanův, D: Malecotův,
E: Pezzerův, F: Folleyův;

1: ústí a vedení moče,

2: ústí a kanál pro naplnění balónku.

Zdroj obrázku: (<http://www.wikiskripta.eu>)

Postup při zavedení permanentního močového katetru

Sestra nebo porodní asistentka se může v rámci svých kompetencí zaměřit pouze na katetrizaci u žen, zatímco zavádění permanentního močového katetru u mužů provádí pouze lékař. Při jeho zavádění sestra postupuje šetrně, komunikuje s pacientkou a dodržuje sterilní postup. Připraví si sterilní močový katétr dle ordinace lékaře, sterilní rukavice, sterilní tampóny a čtverce, anestetický gel, emitní misku, čtverce buničiny, pinzetu, injekční stříkačku se sterilním roztokem, který slouží k naplnění fixačního balónku, sběrný vak, dezinfekci a podložní mísu. (11, 23)

Nejprve zajistí soukromí, vysvětlí ženě důvod a průběh samotného výkonu, poté ji edukuje o hygieně v oblasti genitálu, kterou je nezbytné před samotným výkonem provést. Bezprostředně před katetrizací si sestra umyje ruce, připraví si sterilní pomůcky k lůžku, aby byly snadno přístupné a nedošlo k jejich znesterilnění. Žena zaujme polohu na zádech, s končetinami mírně od sebe, pokrčenými v kolenou. Poté si sestra připraví podložní mísu nebo emitní misku k rodidlům ženy, tampóny zvlhčí dezinfekcí a navlékne si sterilní rukavice. Nedominantní rukou, pomocí palce a ukazováčku, oddálí velké stydké pysky a na každé straně odezinfikuje zvlhčeným tampónem malé stydké pysky. Vždy postupuje od stydkého pahorku směrem dolů k análnímu otvoru a na každý nový stěr použije nový tampón. Posledním tampónem odezinfikuje střední část genitálu, kde se nachází ústí uretry, též od shora dolů. Použité tampóny odhazuje do jedné z emitních misek. Ruka, která držela velké stydké pysky se stala nesterilní. Z předem otevřeného obalu sterilní rukou vyjme cévku, uchopí ji zhruba 5 cm od špičky mezi ukazováček a palec a volný konec cévky napojí na sběrný sáček nebo jej drží nad emitní miskou. Na špičku katetru nanese z výšky anestetický gel (např. Mesocain gel) a zavede

jej do ústí uretry zhruba 5–6 cm, dokud nezačne vytékat moč. Volný konec směřuje do emitní misky či podložní mísy. V indikovaných případech zachytí sterilní moč do připravené sterilní zkumavky. Pokud dojde k znesterilnění katetru je nutné, v rámci prevence zanesení infekce, použít katetr nový. (8, 11)

Fixace cévky se provádí naplněním jejího balónku tak, že sterilní injekční stříkačkou se vstříkne do raménka jejího vývodu 5-10 ml sterilního roztoku. Běžně se užívá fyziologický roztok či aqua. Přesné množství roztoku je uvedeno na obale katetru nebo na jeho konci. Na závěr se cévka spojí s graduovaným sběrným sáčkem. Sestra nabídne ženě buničinu nebo jí otře rodidla, odstraní emitní misku, podložní mísu, uklidí a dekontaminuje pomůcky. Vhodné je též projevit uznání za spolupráci. (11, 25)

Péče o permanentní močový katetr

Při trvalé derivaci moči permanentním katetrem postačí pravidelně vylévat a vyměňovat sběrný sáček a každé tři týdny provést výměnu cévky sestrou. Zavedení i výměna katetru, včetně výměny sběrného sáčku se zaznamenávají do dokumentace. (8, 10)

Nezbytné je dodržovat zvýšenou hygienu genitálií a manipulovat se sběrným sáčkem tak, aby moč mohla volně odtékat. V praxi se uplatňují plastové háčky, pomocí kterých se sběrný sáček upevní na lůžko a zajistí se tak spád moči. Stejně důležité je zajistit spád moči i u mobilního pacienta. Po odpojení katétru od sběrného sáčku je nutné uzavřít volný konec ihned sterilním kolíčkem. Důvodem je prevence infekce močových cest. (17, 19)

Komplikace při zavedeném PMK

Zavádění permanentního močového katetru může být zkomplikováno perforací dolních močových cest, poraněním svěrače močové trubice nebo zanesením infekce. Další možné komplikace se mohou objevit při již zavedeném permanentním katéttru. Lze zmínit otoky močové trubice v místě průběhu katétru, opruzeniny zevního genitálu při nedostatečné hygieně a opakované infekce močových cest projevující se pálením, bolestmi v podbříšku, horečkami nebo hnisavou a zapáchající močí. Dalšími komplikacemi mohou být ucpání močového katétru především při hnisavé močové infekci, nechtěné vytažení katétru s poraněním a krvácením z močové trubice, hematurie z dlouhodobého dráždění stěny močového měchýře, obtékání moči kolem

močového katétru a zmenšení kapacity močového měchýře při dlouhodobém ponechání katétru na spád. (8, 10, 17)

Punkční epicystoskopie

Jedná se o drenáž moči z močového měchýře, která je vedena tenkou hadičkou z močového měchýře přes kůži v oblasti nad stydkou sponou ven z těla. Nejčastější indikací k tomuto výkonu je retence moči (zástava močení) s nemožností zavést katétr do močového měchýře přes močovou trubici, striktury močové trubice. Tento výkon zpravidla neslouží k odstranění příčiny onemocnění, ale k zajištění volného odtoku moči a stabilizaci zdravotního stavu. V těchto případech je epicystostomie jenom dočasné řešení. U pacientů, kde primární příčinu není možné řešit, je někdy epicystostomie trvalé řešení obstrukce močových cest. Volí se u pacientů, u kterých není zavedení katétru vhodné, nebo kde nebylo úspěšné. (16, 17, 42)

Postup při zavedení punkční epicystostomie

Výkon je v kompetenci lékaře, provádí se v místním znecitlivění, v poloze na zádech. Základním předpokladem bezpečné punkce je dostatečně naplněný močový měchýř. Toho lze dosáhnout buď forsírovanou diurézou, nebo retrográdně katétrem. Po zaměření močového měchýře ultrazvukovým přístrojem se provede asi 5 mm řez nad stydkou sponou se pomocí punkčního setu se zavede do močového měchýře epicystostomie. Katétr se fixuje ke kůži stehem, u některých modelů je fixován za naplněný balónek v močovém měchýři. Katétr je napojený na sběrný sáček Nejprve se založí pouze tenký drén, který se postupně vyměňuje za stále silnější. Pravidelné výměny provádí lékař.

Výhodou je, že epicystostomie umožňuje především u žen snazší provádění hygieny zevního genitálu a je pacienty lépe tolerována, než permanentní močový katetr. Mezi možné komplikace patří hematurie, poranění peritonea, střev nebo zadní stěny močového měchýře, infekce v místě vpichu, hematomy stěny břišní a urinózní píštěl po odstranění drénu. (8, 16, 17, 35)



Zdroj: KOWACIUK, 2009

Péče o epicystostomii

Moč je odváděna do sběrného sáčku, který je třeba pravidelně vypouštět a sledovat průchodnost katetru, jeho ucpání se projevuje stejnými příznaky jako retence moči. Nezbytná je pravidelná výměna epicystostomického katetru, zhruba každé 4 týdny. Při dlouhodobém ponechání může dojít k inkrustaci močových solí na epicystostomii, což může způsobit její neprůchodnost. (17, 35)

Příloha č. 11: Dotazník I-QoL a pitná a mikční karta

Dotazník hodnotící kvalitu života pacientů trpících inkontinencí moči Quality of life in persons with urinary incontinence (I-QoL)

Prosím, zakroužkujte u každé otázky vždy nejvýstižnější odpověď:

- 1 - velmi, silně, vždy
- 2 - poměrně dosti, značně, často
- 3 - občas, mírně, někdy, poněkud
- 4 - výjimečně, málokdy, jen málo
- 5 - ne, nikdy

1. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC	1	2	3	4	5
2. Obávám se kašlat nebo kýchat	1	2	3	4	5
3. Mám strach se po delším sezení postavit	1	2	3	4	5
4. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC	1	2	3	4	5
5. Kvůli úniku moči se cítím depresivně	1	2	3	4	5
6. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (dovolená apod.)	1	2	3	4	5
7. Špatně snáším omezení svých zájmů a aktivit únikem moči	1	2	3	4	5
8. Obávám se, že by lidé mohli můj únik močí rozpoznat čichem	1	2	3	4	5
9. Na problém s únikem moči musím pořád myslet	1	2	3	4	5
10. Chodím "pro jistotu" na WC, i když nemusím	1	2	3	4	5
11. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC	1	2	3	4	5
12. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší	1	2	3	4	5
13. Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC	1	2	3	4	5
14. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu	1	2	3	4	5
15. Inkontinence ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví	1	2	3	4	5
16. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže	1	2	3	4	5

17. Únik moči mi ubírá radost ze života	1	2	3	4	5
18. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení	1	2	3	4	5
19. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla	1	2	3	4	5
20. Musím se kontrolovat, kolik a co mohu vypít	1	2	3	4	5
21. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení	1	2	3	4	5
22. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života	1	2	3	4	5

I-QoL = (součet – 22) / 88 x 100 =

Zpracování:

Pacientka zakroužkuje u každé otázky odpověď 1 - 5. Výsledný součet potom dosadíme do uvedeného vzorce.

Vyhodnocení: 100 % = kvalita života je stoprocentní, 90 % = kvalita života je z 10% ovlivněna inkontinencí a tak dále.

Diagnostika stupně inkontinence

Diagnostika stupně inkontinence Jméno pacienta/klienta: Věk: Datum:	
1. Mimovolní únik moči <ul style="list-style-type: none">• ano• ne	1 bod 0 bodů
2. Jak častý je mimovolní únik moči <ul style="list-style-type: none">• zřídka• denně, ale krátkou dobu (několik týdnů)• několikrát za den, dlouhou dobu (několik let)	1 bod 2 body 3 body
3. Jaké množství moči odchází při mimovolním úniku <ul style="list-style-type: none">• pár kapek• menší množství (30-80 ml)• větší množství (více než 80 ml)	1 bod 2 body 3 body
4. Potřebujete nějaké pomůcky <ul style="list-style-type: none">• jen příležitostně• během dne (při stresových manévrech)• trvale	1 bod 2 body 3 body
5. Jaké pomůcky potřebujete <ul style="list-style-type: none">• inkontinentní vložky• vložky, pleny, kondomové urinály• plenkové kalhotky	1 bod 2 body 3 body
Hodnocení: 1-5 bodů – lehká inkontinence 6-9 bodů – středně těžká inkontinence 10-13 bodů – těžká inkontinence	

PITNÁ A MIKČNÍ KARTA

Návod k vyplnění

Pitnou a mikční kartu vyplňujte 2 po sobě jdoucí dny.

Pijte a jezte tak, jak jste zvyklí. Do tabulky zapisujte přesně čas, kdy pijete, a množství s přesností na desítky ml. Nezapomeňte zaznamenat i polévky, které sníte.

S měřením a zapisováním začněte hned ráno po probuzení s prvním ranním močením a prvním příjmem tekutin.

Po oba dny při každém močení měřte a zapisujte objem moči. Zapisujte i čas močení.

Sledujte a zapisujte i úniky moči přes den (mokré spodní prádlo).

Pokud používáte inkontinenční pomůcku, pomůcku zvažte.

Pomůcku zvažte suchou a pomůčenou. Rozdíl hmotnosti запиšte do tabulky (1 g = 1 ml).

Celkový příjem i výdej všech tekutin za celý den sečtěte.

V den, kdy provádíte měření, nezapomeňte vyplnit dolní část pitné a mikční karty (noc) týkající se průběhu noci a spánku.

Prvním údajem je čas uložení se ke spánku. Zapište také čas vstávání po probuzení (ráno).

Z těchto dvou hodnot spočítejte celkovou délku spánku, kterou také zapište (př.: 22:30, 6:15 – tj. celková délka spánku 7 hodin 45 minut).

Další nezbytný údaj, který zapište, je délka prvního nepřerušného spánku v minutách (tj. čas od usnutí do prvního probuzení v noci, např. 175 minut).

Noční močení (močení v průběhu spánku – mezi dobou uložení se ke spánku a časem vstávání) zaznamenávejte do dolní části tabulky s názvem Objem noční porce moči. Zapište objemy v ml i čas močení v průběhu celé noci.

První ranní moč, kterou naměříte po vstávání, zapište ještě do prvního dne.

Tato moč byla vytvořena v noci, a proto patří do prvního dne.

[illegible]

--

	Čas	Mililitry
Objem noční moči

Objem první raní moči ml
-----------------------	----------

Počet močení
za nocX

V noci jsem 1× 2×
se šel vymočit 3× ..×

z tohoX nutkání na močení

z tohoX jsem nemohl/a spát

z tohoX jiné důvody (uvedte):

Pitná a mikční karta

Návod na vyplnění

- ✓ Pitnou a mikční kartu vyplňujte 2 po sobě jdoucí dny.
- ✓ Pijte a jezte tak, jak jste zvyklí. Do tabulky zapisujte přesně čas, kdy pijete, a množství s přesností na desítky ml. Nezapomeňte zaznamenat i polévky, které sníte.
- ✓ S měřením a zapisováním začněte hned ráno po probuzení s prvním ranním močením a prvním příjmem tekutin.
- ✓ Po oba dny při každém močení měřte a zapisujte objem moči. Zapisujte i čas močení. Sledujte a zapisujte i úniky moči přes den (mokré spodní prádlo).
- ✓ Pokud používáte inkontinenční pomůcku, pomůcku zvažte.
- ✓ Pomůcku zvažte suchou a pomočenou. Rozdíl hmotnosti запиšte do tabulky (1 g = 1 ml). Celkový příjem i výdej všech tekutin za celý den sečtěte.
- ✓ V den, kdy provádíte měření, nezapomeňte vyplnit dolní část pitné a mikční karty (noc)
- ✓ týkající se průběhu noci a spánku.
- ✓ Prvním údajem je čas uložení se ke spánku. Zapište také čas vstávání po probuzení (ráno). Z těchto dvou hodnot spočítejte celkovou délku spánku, kterou také zapište (př.: 22:30, 6:15 – tj. celková délka spánku 7 hodin 45 minut).
- ✓ Další nezbytný údaj, který zapište, je délka prvního nepřerušného spánku v minutách
- ✓ (tj. čas od usnutí do prvního probuzení v noci, např. 175 minut).
- ✓ Noční močení (močení v průběhu spánku – mezi dobou uložení se ke spánku a časem vstávání) zaznamenávejte do dolní části tabulky s názvem Objem noční porce moči. Zapište objemy v ml i čas močení v průběhu celé noci.
- ✓ První ranní moč, kterou naměříte po vstávání, zapište ještě do prvního dne. Tato moč byla vytvořena v noci, a proto patří do prvního dne.

Den

Příjem tekutin	
Čas	Množství tekutin (v mililitrech)
Celkem:	

Příjem tekutin	
Čas	Množství tekutin (v mililitrech)
Celkem:	

[illegible]

Čas uložení se ke spánku: hod.
Čas vstávání po probuzení: hod.
Celková doba spánku: hod.
Délka prvního nepřerušeného spánku	V minutách

	Čas	Mililitry
Objem noční moči

Objem první raní moči ml
--------------------------	----------

V noci jsem 1× 2×
se šel vymočit 3× ..×
z tohoX nutkání na močení
z tohoX jsem nemohl/a spát
z tohoX jiné důvody (uvedte):

Příloha č. 12: Brožura – Nestyd'te se řešit únik moči



NESTYD'TE SE ŘEŠIT ÚNIK MOČI

Základní informace o příčinách a typech úniku moči,
vyšetřovacích metodách a možnostech léčby.

PÁR SLOV ÚVODEM

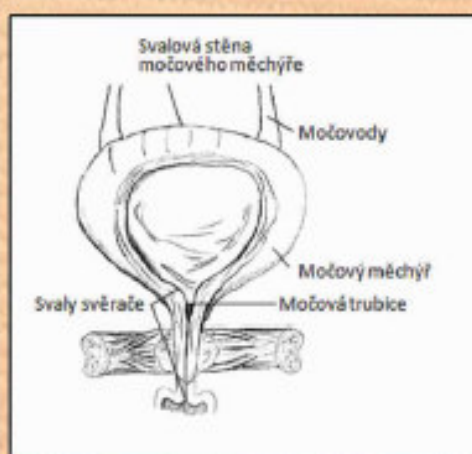
Samovolný únik moči je velmi nepříjemný problém, který zhoršuje kvalitu života a omezuje člověka v každodenní činnosti. Jedná se o příznak, který upozorňuje na poruchu funkce močového měchýře nebo svěrače močového měchýře. Celosvětově postihuje jednu třetinu až jednu polovinu žen. Přesto jen malá část z nich vyhledá odbornou pomoc. Hlavně ve vyšším věku je inkontinence moči považována za nepříjemnou, ale nedílnou součást stáří.

Některé formy úniku moči mohou být velmi dobře řešitelné, neváhejte proto informovat o tomto problému Vašeho praktického lékaře, který provede základní vyšetření nebo Vám doporučí odborné urologické nebo gynekologické pracoviště.

Cílem této publikace je poskytnout Vám základní informace o příčinách a typech úniku moči, vyšetřovacích metodách a možnostech léčby.

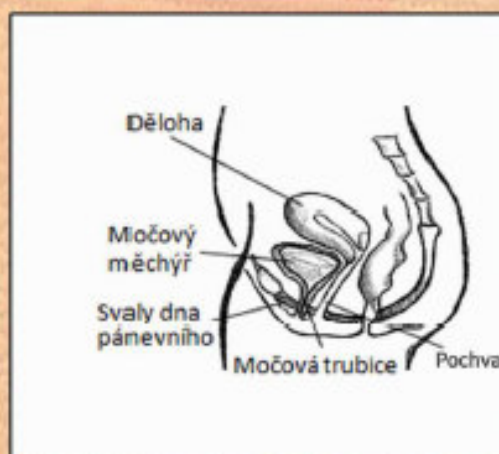
STRUČNÁ ANATOMIE

Vylučovací soustava se skládá z ledvin, močových, močového měchýře a močové trubice. Významnou roli v udržení moče hraje svalstvo pánevního dna, které ovlivňuje funkci svěračů močové trubice i análních svěračů (obr. a, b).



Zdroj: ČIHÁK

(obr. a)



(obr. b)

“ABY MOHLA BÝT INKONTINENCE MOČI SPRÁVNĚ LÉČENA, JE TŘEBA ZJISTIT, O JAKÝ TYP INKONTINENCE SE JEDNÁ.”

DRUHY MOČOVÉ INKONTINENCE

Inkontinenci lze rozdělit na trvalou a přechodnou. Přechodný únik moči mohou způsobit některé léky, alkohol, kofein, zánět. Trvalá (chronická) inkontinence vzniká v souvislosti s jinou nemocí, úrazem a podobně. Rozděluje se na stresovou, urgentní, reflexní, smíšenou a paradoxní.

STRESOVÁ INKONTINENCE MOČI

Je nejčastějším druhem inkontinence. K úniku moči dochází při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku (při fyzické námaze, kašli, kýchnutí nebo smíchu).

URGENTNÍ INKONTINENCE MOČI

Jedná se o naléhavé nucení na močení někdy spojené se samovolným únikem moči.

SMÍŠENÁ INKONTINENCE MOČI

Zahrnuje v sobě stresovou i urgentní složku úniku moči.

REFLEXNÍ INKONTINENCE MOČI

Je inkontinence způsobena neurologickým onemocněním, úrazem mozku nebo páteře a není provázena nucením na močení.

DRUHY MOČOVÉ INKONTINENCE

ZÁVAŽNOST MOČOVÉ INKONTINENCE

Množství úniku moči kolísá od občasných, nepatrných úniků několika kapek moči až k naprosté ztrátě kontroly a stálému nekontrolovatelnému pomočování.

PŘÍČINY

Únik moči má vždy více příčin, mezi které patří zejména věk, porody, genetické dispozice, ochabnutí svalů pánevního dna, zdravotní stav, obezita, zhoršená pohyblivost, zácpa, chronický kašel, časté záněty močových cest, některé léky a další.

VYŠETŘENÍ

Základní diagnostika

- **Anamnéza** (rozhovor), při kterém se zjišťují základní údaje o počtu těhotenství, informace o porodu, gynekologických zánětech, nádorech, operačních výkonech, a v neposlední řadě o současných obtížích .
- **Mikční karta a mikční deník**, kde pacientka zaznamenává např. frekvenci a množství přijatých tekutin a vyloučené moči.
- **Klinické vyšetření**, které spočívá v prohlédnutí břicha, pánve a konečníku, event. neurologické vyšetření a základní gynekologické vyšetření.
- **Vyšetření moči** k vyloučení infekčních zánětů močových cest.
- **Jednoduché klinické testy** (např. hodnocení úniku moči při zakašlání nebo zvýšení břišního tlaku, vážení vložek nebo plen apod.)

Tyto základní metody může poskytnout každý lékař (praktický i specialista) a jejich výsledky jsou pak podkladem k zahájení dalšího postupu, kterým se zabývají specialisté oboru urogynekologie a urologie. Zde je pacientka dovyšetřena.

VYŠETŘENÍ

Specializovaná diagnostika

Jde o nebolestivá, převážně neinvazivní vyšetření (bez zásahu do těla), jehož podrobný popis Vám poskytne lékař – specialista.

- **Endoskopické metody - uretrocystoskopie** je vyšetření dolních močových cest, které slouží k vyšetření močové trubice a močového měchýře.
- **Ultrazvuk** je základní zobrazovací metoda, která umožňuje zobrazení močových cest.
- **Urodynamické vyšetření** slouží k posouzení funkce močových cest.
- **EMG vyšetření (elektromyelografie)** měří elektrickou aktivitu svalů pánevního dna v průběhu močení.

LÉČBA

1. KONZERVATIVNÍ LÉČBA

➤ Režimová opatření

Je vhodné vyhýbat se situacím, při kterých dochází ke zvýšení tlaku v dutině břišní (zadržování močení, dotlačování při močení, přerušované močení, zvedání těžkých břemen, nadměrná fyzická aktivita, dlouhodobá zácpa, dlouhodobý kašel a některé sporty jako je gymnastika, kulturistika). Dále je vhodné přijímat alespoň 2 litry tekutin za den (rovnoměrně rozložit do celého dne, možno omezit příjem tekutin 2 hod před spánkem), omezit močopudné nápoje (alkohol, kávu - max. 5 šálků týdně, čaje, limonády a jiné sycené nápoje). Upravit stravovací návyky včetně snížení hmotnosti, vyvarovat se ostrým a kořeněným jídlům, mléčným produktům, rajčatům a citrusovým plodům. Přijímat dostatek vlákniny, vyvarovat se zácpě. Nekouřit.

Další součástí léčby je tzv. močení podle hodinek. Pacientka si vede mikční deník, kam zaznamenává časové intervaly mezi močením.

Cílem je tyto intervaly postupně prodlužovat za stálého vedení deníku, a tím získat lepší kontrolu nad močením. Doporučuje se provádět přibližně 4 - 12 týdnů.

LÉČBA

› Pohybová léčba

Zahrnuje cvičení zaměřující se na posílení svalů pánevního dna, na svalové skupiny, jež mají vliv na sklon pánve, na svaly hýžďové, stehenní, břišní a svaly oblasti bederní páteře a tím zajišťují celkové držení těla.

Pohybová léčba zahrnuje též tzv. *biofeedback*, který slouží ke zlepšení vědomé kontroly nad posilováním svalů – kontrola prsty, manometrem, konusy či míčky různých hmotností, které se vkládají do pochvy.

› Farmakoterapie

Účelem je zvýšení výkonnosti hladkého a příčně pruhovaného svalstva svěračů. Léků určených pro řešení inkontinence je velmi málo, využívá se přítomnosti receptorů pro různé chemické působky, které se nachází v pochvě, močové trubici, močovém měchýři a při pánevním dnu.

LÉČBA

Zejména u žen v menopauze se používají hormonální přípravky (estrogeny), dále jsou využívána některá antidepresiva (imipramin), antimuskarinika a tzv. inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (duloxetin). U těchto přípravků je třeba upozornit na výskyt nežádoucích účinků jako je nízký krevní tlak, dvojité vidění, nevolnost, únava, třes, nespavost, zácpa, nemožnost močení apod.

› **Elektrostimulace nízkofrekvenčními impulsy**

Užívá se v kombinaci s ostatními konzervativními metodami. Sondy mohou být zavedeny do pochvy, do řitního otvoru nebo lze použít tzv. jehlové elektrody, které se přikládají ke kůži a slouží ke stimulaci nervů v oblasti hráze a nad močovým měchýřem. Účinek lze hodnotit obvykle až po 3 – 6 měsících a byl zaznamenán hlavně u žen, které nedokážou samy vyvolávat stahy svalů pánevního dna.

› **Pesaroterapie**

Uplatňuje se při poklesu či výhřezu pohlavních orgánů, kdy si žena zavádí do pochvy silikonový pesar, který změní anatomické poměry a zvýší výtokový odpor močové trubice.

LÉČBA

2. Operační léčba

Při nedostatečném efektu konzervativní léčby se přistupuje k terapii operační. Existuje několik typů operačních zákroků, které lékař volí podle mechanismu vzniku inkontinence. Pokud se jedná o zvýšenou pohyblivost močové trubice či hrdla močového měchýře, užívají se tzv. závěsné či páskové „sling“ operace, které jsou založeny na principu zevního stlačení močové trubice. Pokud je příčinou porušený svěrač močové trubice, lze implantovat svěrač umělý. Dále je využívána aplikace některých látek (silikon, kolagen, kyselina hyaluronová, tuk z vlastních tkání) do podslizniční tkáně močové trubice pod hrdlo močového měchýře za účelem zúžení průsvitu močové trubice a zvýšení výtokového odporu při močení. Ze závěsných operací prováděných na gynekologii se nejčastěji užívá tzv. retropubická kolpopexie dle Burche, jež spočívá v závěsu hrdla močového měchýře a močové trubice nevstřebatelnými stehy. Kromě otevřené operace lze výkon provést laparoskopickým přístupem, který nese nižší riziko komplikací a jímž se zkrátí doba hospitalizace. Operace v pochvě jsou dvojího typu. Tzv. kolpoplastiky mají v terapii inkontinence malý efekt, umožňují pozdvihnout hrdlo močového měchýře a bývají součástí jiných výkonů, při nichž se rekonstruuje zadní či přední poševní stěna.

LÉČBA

Nejčastěji používanou metodou v současnosti je aplikace vaginálních pásek (typ TVT nebo TVT-O).

Tyto tahuprosté vaginální pásky vytváří podporu pro močovou trubici. Jedná se o miniinvazivní chirurgický výkon, jehož principem je vložení pásky pod močovou trubici, která postupně vrostle do tkáně. Provádí se krátký řez v pochvě na přední stěně poševní, páska je vedena pod močovou trubicí a její konce pak vyústí na hrázi. Oproti TVT pásce je TVT-O postup rychlejší a nese menší riziko výskytu komplikací.

3. Absorpční pomůcky

V případě, kdy je veškerá terapie inkontinence neúspěšná nebo ji nelze provést pro věk pacienta či přidružená onemocnění apod., doporučuje se užívání různých inkontinenčních (absorpčních) pomůcek, jako jsou pleny, vložky, kalhotky a další pomůcky, jež mohou zkvalitnit život pacientky. Tyto pomůcky rychle odvádí moč do speciálního jádra výrobku, zachycená moč se změní na gel, který odstraňuje zápach a povrch pomůcky zůstává suchý a prodyšný. Tyto pomůcky lze zakoupit přímo v lékárně nebo mohou být předepsány na poukaz praktickým lékařem nebo specialistou (gynekolog, urolog).

Bližší informace o absorpčních pomůckách jsou k dispozici na těchto webových stránkách: www.moliklub.cz, www.tenacz.cz

CVIČENÍ

CVIKY PRO POSÍLENÍ SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

V rámci posilování svalů pánevního dna se nejčastěji využívá systém tzv. **Kegelových cviků**, jejichž úkolem je naučit se provádět stahy svalů pánevního dna, tím je posílit a zvýšit jejich odolnost.

Zásady správného cvičení:

Vhodnost cvičení konzultujte s lékařem. Cvičení přizpůsobte svému zdravotnímu stavu. Cvičte denně, každý cvik opakujte 3–5 x. Efekt se dostavuje při dlouhodobém cvičení (za 3 - 5 měsíců). Zapotřebí je trpělivost, správné provádění cviků a koordinace s dýcháním. Nádech nosem, výdech ústy. Cvičení nesmí vyvolávat bolest. Zajistěte si klidné prostředí, vhodný oděv, pevnou podložku. Necvičte po jídle. Před cvičením se vymočte a vyvětrejte místnost. Ke cvičení Vám stačí pouze židle nebo si můžete zakoupit velký gymnastický míč a malý míček (overball, nafouknutý pouze zpola). Účinnější je cvičení s podloženou pávní, např. míčkem, kdy je pánev výše než hlava. Stahujte svaly pánevního dna i při všedních činnostech jako je čištění zubů, mytí nádobí či čekání na autobus.

CVIČENÍ

V POLOZE NA ZÁDECH

1. Položte se na záda a pokrčte nohy (obr. 1). S nádechem stáhněte svěrač močové trubice, pochvu a konečník. Pokuste se vydržet 3 - 7 vteřin. S výdechem postupně uvolněte. Vhodné je střídat krátké stahy a stahy s výdrží.



CVIK 1

(obr. 1)

CVIČENÍ

V POLOZE NA ZÁDECH

2. Zůstaňte ve stejné poloze. Při nádechu stáhněte svaly pánevního dna a podsadte pánev, aniž byste zatály hýžďové svaly (obr. 2). Pokuste se vydržet 5 vteřin, poté s výdechem uvolněte.



CVIK 2

(obr. 2)

CVIČENÍ

V POLOZE NA ZÁDECH

3. Zůstaňte na zádech, opřete se o lokty, jednu dolní končetinu natáhněte a křížem přes ni pokrčte druhou.

a) Při nádechu tlačte špičku do podložky (obr 3a) a současně zatínejte svěrač močové trubice a pochvu. S výdechem špičku i svaly uvolněte.



CVIK 3a

(obr. 3a)

CVIČENÍ

V POLOZE NA ZÁDECH

b) Při nádechu tlačte patu do podložky a současně vtahujte konečník (obr. 3b). S výdechem uvolněte patu i konečník.



CVIK 3b

(obr. 3b)

CVIČENÍ

V POLOZE NA ZÁDECH

c) Nakonec tlačte celou plosku do podložky (obr 3c) a postupně zatínejte svěrač močové trubice, pochvy i konečníku. S výdechem vše uvolněte.



CVIK 3c

(obr. 3c)

CVIČENÍ

V POLOZE NA ZÁDECH

4. Zůstaňte na zádech, pokrčte dolní končetiny a rozpažte. Při nádechu zdihejte pánev a postupně stahujte svěrač močové trubice, pochvu a konečník. Kolena tlačte k sobě a ramena do podložky (obr 4). Vydrzte 5 vteřin a s výdechem uvolněte kolena, všechny svaly a pánev položte zpět na podložku.



CVIK 4

(obr. 4)

CVIČENÍ

V POLOZE NA BŘÍŠE

5. Položte se na břicho, ruce složte pod čelo a zanožte jednu dolní končetinu propnutou v koleni a překřižte přes druhou, s výdechem vraťte zpět a uvolněte (obr. 5). Opakujte druhou nohou.



CVIK 5

(obr. 5)

CVIČENÍ

V POLOZE NA BŘÍŠE

6. Setrvejte ve stejné poloze a vložte si míček mezi stehna (obr. 6). S nádechem stlačujte stehna k sobě, s výdechem uvolněte. Pro větší účinek vložte míček mezi lýtka a cvik zopakujte.



CVIK 6

(obr. 6)

CVIČENÍ

V POLOZE NA BOKU

7. Položte se na bok, spodní dolní končetinu pokrčte, horní končetinu natáhněte v úhlu 90 stupňů. S nádechem přitáhněte špičku horní končetiny ve směru k břichu, propněte koleno, vydržte 3 - 7 vteřin (obr. 7). S výdechem dolní končetinu postupně uvolněte.



CVIK 7

(obr. 7)

CVIČENÍ

V POLOZE NA BOKU

8. Zůstaňte na boku, dolní končetiny pokrčte. Trup a lýtka se stehny svírají pravý úhel. S nádechem přitáhněte špičky nohou ve směru k břichu, protlačte paty, poté mírně zvedněte spojené paty nad podložku (obr. 8). Vydržte 3 - 7 vteřin. S výdechem vraťte dolní končetiny na podložku a uvolněte.



CVIK 8

(obr. 8)

CVIČENÍ

V POLOZE NA BOKU

9. Setrvejte v poloze na boku, nohy pokrčte, hlavu položte na spodní paži a horní paži opřete před hrudníkem (obr. 9a).



CVIK 9

(obr. 9a)

CVIČENÍ

S výdechem tlačte paty pevně k sobě, špičky a kolena od sebe. Podsaďte pánev a stáhněte svaly pánevního dna. Záda udržujte rovná (obr. 9b). S výdechem svaly uvolněte a vraťte se do výchozí polohy.



CVIK 9

(obr. 9b)

CVIČENÍ

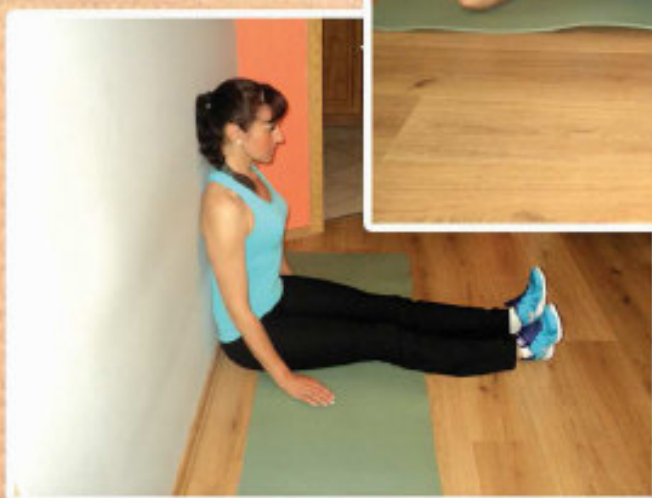
V POLOZE NA BOKU

10. Položte se na bok tak, že dolní končetiny svírají s trupem úhel 90 stupňů (obr. 10a). S nádechem přitáhněte špičky nohou ve směru k břichu, propněte kolena, zapřete se pevně o dlaň před prsy a jděte do sedu (obr. 10b). S výdechem uvolněte a prodýchejte se. Opět přitáhněte špičky nohou ve směru k břichu, propněte kolena a položte se na druhý bok. S výdechem uvolněte a volně se prodýchejte. Opakujte.

CVIK 10



(obr. 10a)



(obr. 10b)

CVIČENÍ

V KLEČE

11. Klekněte si, mírně rozkročte, podsaďte pánev, srovnejte záda a ruce složte v týl. S výdechem zpevněte pánev a zakloňte se dozadu (obr. 11). Vydržte pár sekund, a poté se vraťte do výchozí polohy. Opakujte několikrát.



CVIK 11

(obr. 11)

CVIČENÍ

VKLEČE NA ČTYŘECH

12. Klekněte si. Ruce a nohy tvoří s tělem pravý úhel. Dívejte se na zem.

- a) Střídavě prohýbejte a zakulacujte hřbet (tzv. kočičí hřbet) (obr. 12a).
- b) Pohybujte pánví za strany na stranu (obr. 12b).
- c) S výdechem zdvihejte kolena a svaly pánevní stahujte. Neprohýbejte se v bedrech (obr. 12c).



CVIK 12a

(obr. 12a)

CVIČENÍ



CVIK 12b
(obr. 12b)



CVIK 12c
(obr. 12c)

CVIČENÍ

V KLEČE NA ČTYŘECH

13. Klekněte si, s výdechem suňte pravé koleno k levému loktu a vydržte 3 - 7 vteřin (obr. 13). S nádechem dejte kolena zpět (do polohy v kleče na čtyřech) a cvik zopakujte i opačným kolenem.



CVIK 13

(obr. 13)

CVIČENÍ

V KLEČE NA ČTYŘECH

14. Zůstaňte v kleče a opřete se o předloktí (obr. 14). S výdechem stáhněte svaly pánve a tlačte lokty směrem ke kolenům a kolena k loktům. Opět se neprohýbejte, udržujte rovná záda.



CVIK 14

(obr. 14)

CVIČENÍ

V SEDĚ

15. Posadte se na okraj židle. Mírně roztáhněte nohy, špičky vytočte směrem ven (obr. 15). Postupně se pomocí rukou vzpírejte. Váhu přenášejte na nohy, stahujte pánev a s výdechem se vracíte zpět.



CVIK 15

(obr. 15)

CVIČENÍ

VE STOJE

16. Zaujměte mírný stoj rozkročný. Mírně pokrčte kolena, podsaďte pánev, srovnejte záda. Pochodujte na místě a s každým výdechem stáhněte břišní svaly a svaly pánevního dna (obr. 16).



CVIK 16

(obr. 16)

CVIČENÍ

V SEDĚ NA MÍČI

17. Posadte se vzpřímeně, chodidla opřete o zem, ruce položte na stehna. S nádechem vyšpulte rty (jako když vtahujete špagetu) a současně stáhněte svaly pánevního dna. Vydržte 3 - 5 vteřin a s výdechem svaly uvolněte (obr. 17).



CVIK 17

(obr. 17)

CVIČENÍ

V SEDĚ NA MÍČI

18. Zaujměte stejnou pozici jako v předchozím cviku. Zvedněte prsty u nohou nahoru a současně vtahujte pochvu a močovou trubici (obr. 18). Držte 3 – 5 vteřin a povolte.



CVIK 18

(obr. 18)

CVIČENÍ

V SEDĚ NA MÍČI

19. Zaujměte polohu vleže na zádech. Nohy dejte mírně od sebe a podložte míčem. Ruce složte pod hlavou. S výdechem zvedejte hlavu, ruce a ramena až po lopatky (obratel po obratli) a s výdechem pomalu vracejte zpět (obr. 19). Cvik provádějte tahem nikoliv švihem. Musíte cítit přímé břišní svaly.



CVIK 19

(obr. 19)

ZDROJE

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. Praha: Grada, 3. vyd., 2013.
ISBN 978-80-247-3817-8.

FEJFAROVÁ, Milena, Alena KOŠKOVÁ. *Křížít nohy – nestačí!* Diagnóza, 2012,
roč. 8, č. 2. ISSN 1801-1349.

FEYEREISL, Jaroslav, Jan ZMRHAL, Marie BABIČKOVÁ. *Gymnastika svalů
pánevního dna*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007.

KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009.
ISBN 978-80-7262-627-7.

MARTAN, Alois, a kol. *Inkontinence moči u žena její medikamentózní léčba:
přůvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2006.
ISBN 80-7345-094-1.

ZDROJE

Fotografie: Ilona Hofmanová, 2015

Cviky: Petra Heřmanová, DiS.

Grafické zpracování: Michal Komárek

ODBORNÁ KONZULTANTKA

MUDr. Barbora Nechanská

AUTOR PUBLIKACE

Ilona Hofmanová

email: hofmanovailona@seznam.cz

POZNÁMKY

[illegible]

